

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

## del 1 och del 2 TEMA: KOL

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Kry VC Älta	
Verksamhetschef Emelie Eisner	Verksamhetschefens e-post emelie.eisner@kry.se

### DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Oskar Jakus  Profession: Specialist i allmänmedicin  E-post: oskar.jakus@ad.kry.se
Att involvera flera
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 en ST-läkare eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning men låt 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).</li></ul> A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner
A: Rickard Hammarstrand ST-läkare i allmänmedicin. Evelina MacDonald, astma/KOL-sjuksköterska, Najla Hachana, undersköterska.
B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.
B: I samband med besök hos läkare eller sjuksköterska på KOL-mottagning lyfta dialog med patient om eventuella förbättringspunkter.
Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?
Ett förbättringsarbete börjar med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat. <ul style="list-style-type: none"><li>• Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)</li></ul>

- 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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/>

Under "Stödmaterial för kvalitetsarbete"

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

### **Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?**

Årets kvalitetsarbete på Kry VC Älta ämnar att:

- 1) Identifiera fler patienter med KOL. Prevalens av KOL i den svenska befolkningen uppskattas till kring 4–8 %. Enligt den senaste statistiken från primärvårdskvalitet har 1,2% av våra patienter en KOL diagnos. Sannolikt finns en underdiagnostik. Ju fler KOL patienter vi hittar desto fler kan erbjudas symtomlindrande behandling och få hjälp med rökstopp. I jakten på KOL patienter kommer troligtvis fler patienter utan KOL att erbjudas rökstopp vilket kan ge stora hälsoekonomiska vinster.
- 2) Fortsatt adekvat uppföljning av våra befintliga KOL-patienter för att säkerställa rätt behandling, förhindra försämring i lungfunktion och minska antalet exacerbationer. Även detta kan ge hälsoekonomiska vinster.

### **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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattningstrappa/>

**Formulera här era mål:**

Identifiera fler patienter med KOL samt utbilda patienterna om sjukdomen, behandling och vikten av att hålla sjukdomen kontrollerad. Vidare även utbilda all personal på vårdcentralen avseende symptom, utredning och uppföljning.

<b>Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)</b>  Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</a>		<b>Idéer till lösningar (För att nå målen)</b>  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/verktygslada-patientsamverkan/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/</a>				
1: Otillräcklig förekomst av patienttillfrågan gällande rökvanor.		1.1: Aktivt fråga om rökvanor vid samtliga patientbesök.				
2: Begränsat användande av COPD-6 som screeningverktyg i patientmötet.		1.2: Skriva in uppgett svar avseende rökvanor under rätt sökord i journal.				
3: Låg kunskapsnivå? avseende KOL på Kry VC Älta		2.1: Undervisning kring användning av COPD-6 inklusive teknik och tolkning av resultat.				
		3.1: Personalutbildning via externa föreläsningar				
		3.2: Inom personalgruppen upprepade case, föreläsningar och information om KOL				
<b>Mått och mätetal (indikatorer)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?</li> <li>Hur kan det mätas?</li> <li>Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?</li> </ul> <p><b>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.</b></p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</a></p> <p>Mät utfallsmått (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck &lt;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.) APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer: <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/</a></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. <b>En indikator ska börja med Antal eller Andel.</b></p>						
	<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. Med-rave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	<i>Prevalens KOL Älta VC</i>	1,2%	Dec 2024	1,4%	primärvårdskvalitet	<i>Dec 2025</i>

<b>Indikator 2</b>	<i>Andel patienter med registrerat CAT</i>	37%	Dec 2024	85%	Medr ave	<i>Dec 2025</i>
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter som är tillfrågade om sina rökvanor</i>	65%	Dec 2024	90%	Medr ave	<i>Dec 2025</i>
<b>Indikator 4</b>	<i>Andel patienter med diagnos KOL exacerbation registrerad på vår VC som får ett uppföljande besök inom 6 v.</i>	43%	Dec 2024	90%	Primä rvård skvali tet	<i>Dec 2025</i>

**Kommentar (valfritt):**

*En eventuell förbättring i indikator 1 tros kunna representera bättre screeningrutiner på VC. Registrering av CAT och rökvanor ska representera personalkunskap samt säkra bedömning av KOL-patienternas vårdbehov.*

Indikator 4 innefattar endast diagnosen KOL exacerbation satt på vår KRY Älta VC då det är betydligt lättare att få fram den statistiken. Vi hoppas dock att denna indikator ska representera en allmän förbättring av uppföljningen av KOL exacerbationer.

**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/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/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?

Ta ut lista på samtliga KOL patienter, se till att alla erbjuds årsbesök hos astma/KOL ssk.

Förbättra screening för KOL av alla patienter >50 år genom ett 3-stegsförfarande. Steg 1 innehåller enkla frågor om rökvanor, relaterade symtom och COPD6-mätning. Vid misstanke enligt steg 1, vidare utredning via steg 2. Steg 2 består av besök hos KOL-sköterska på vårdcentralen innehållandes djupare anamnestagning och spirometri. Vid obstruktivitet eller misstanke om obstruktivitet i steg 2, vidare till steg 3 som innehåller återkoppling till läkare för behandling och uppföljning. Detta för att på ett enkelt och strukturerat sätt kunna identifiera patienter enligt punkt 1.

Korrekt registrering av indikatorer vid årsbesök.

Säkra att satt rutin för att alla KOL exacerbationer ska följas upp inom 6 v följs. Utbildning av personalgruppen.

**Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

**Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1**  
t.ex. "Boo VC diabetes 2024 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 2024 till: [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)

## DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

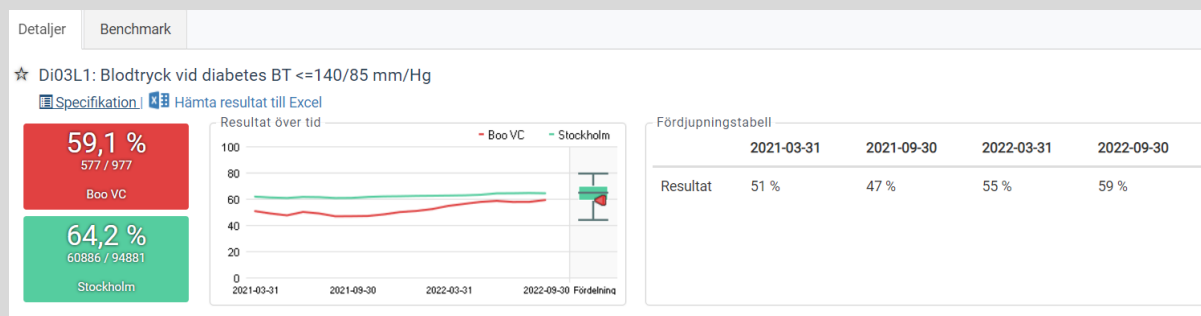
**Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?**

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

- Dragit ut lista på alla KOL patienter från medrave för att kalla alla KOL patienter till årskontroll.
- Införskaffat COPD6 mätare. Liberalt screenat rökare över 40 utan KOL diagnos.
- Affischer i väntrum och på lab med erbjudande om att screena sig för KOL
- En gedigen utbildningsserie kring KOL, spirometrier, inhalatorer och läkemedel. Löpande under året med jämna mellanrum. Huvudsakligen till läkare och sköterskor men ibland även undersköterskor.
- Regelbundna KOL-fall på läkarmöten med spirometritolkningar och behandlingsdiskussioner
- Följt Indikatorer och presenterat på APT kvartalsvis.

### 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. Med-rave)	<b>Datum/period för resultatvärde</b>
<b>Indikator 1</b>	Prevalens KOL Älta VC	1, 2%	Dec 2024	1,4%	1,1%	primärvårds kvalitet	Dec 2025

<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med registrerat CAT	37%	Dec 2024	85%	47%	Medrave	Dec 2025
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter som är tillfrågade om sina rökvanor	65%	Dec 2024	90%	84%	Medrave	Dec 2025
<b>Indikator 4</b>	Andel patienter med diagnos KOL exacerbation registrerad på vår VC som får ett uppföljande besök inom 6 v.	43%/ (100%)	Dec 2024	90%	47%/ (100%)	Primärvårdskvalitet / journalgenomgång	Dec 2025

#### Övriga kommentarer:

##### Angående prevalens (indikator 1):

De gamla prevalenssiffrorna för KOL på 4-8% kan omöjligt stämma i Älta eller Stockholm i sin helhet för den delen. Gamla siffror som stadigt sjunker i och med att rökningen på gruppnivå minskat genom åren.

Vår prevalens har sjunkit från 1,2% till 1,1% vilket delvis beror på ökat antal listade patienter på vårdcentralen, huvudsakligen yngre patienter. Som grupp har vi 7 fler KOL patienter (141 stycken).

##### Angående användande av CAT formulär (indikator 2):

Andelen CAT registreringar blev lägre än vad vi hade hoppats på. CAT görs vid årliga kontroller hos astma/KOL sköterska i samband med kontroll/spirometri. I år blev vår astma/KOL sköterska biträdande verksamhetschef och antalet tider för årskontroller minskade. KOL patienter har prioriterats utifrån sjukdomsgrad till astma/KOL sköterska. De som inte kontrollerats av sjuksköterska har fått sin kontroll hos läkare. Läkargruppen har inte som vana att utföra egna CAT undersökningar.

##### Angående uppföljning av exacerbationer (indikator 4):

Resultatet i primärvårdskvalitet gjorde oss förbryllade! Kunde det verkligen stämma att vi trots riktade insatser inte kunde höja vår uppföljningsfrekvens mer än några procent? Vi började med att gå igenom de 8/15 patienter som enligt primärvårdskvalitet inte fått någon uppföljning. Det visade sig att de av olika anledningar felaktigt räknats in i statistiken. Följande anledningar hittades. KOL med Exacerbationsdiagnos (J441) satt vid uppföljning, J441 satt vid årskontroll av KOL, ingen KOL diagnos satt vid uppföljning. Resultatet är således att 11/11 patienter fått uppföljning efter KOL exacerbation.

Det fick oss dock att tvipla på att utgångsresultatet skulle vara rätt. Vi gjorde även här en genomgång av de 12/21 patienter som primärvårdskvalitet flaggat för kontrollavsaknad. Av dessa 12 var det endast 4 patienter som haft KOL exacerbation (alla med uppföljning inom 6 v). Övriga med felaktigt satt KOL diagnos eller oklart varför de hamnat på listan. I denna grupp hade alltså 16/16 fått uppföljning.

Med facit i hand var det här en otroligt dålig indikator att följa. Nästan tveksamt om vi valt att arbeta med KOL som kvalitetsarbete om denna journalgenomgång gjorts innan projektet inleddes.

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lyft kunskaperna om KOL, dess exacerbationer och behandling på hela vårdenheten.

All personal har blivit mer medvetna om vikten av att screena rökare för KOL.

Läkargruppen har fräschat upp sina kunskaper i spirometritolkning.

Affischering i väntrummet engagerar patienter och hjälper de att ta egna initiativ för sin hälsa. (Detta kommer vi framgent använda i fler kvalitetsarbeten).

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?

Många patienter har själva efterfrågat FEV1/FEV6 mätning efter att ha sett vår affischering i väntrummen.

Ett problem vi upptäckte var att vissa äldre som röker inte vill bli utredda för en eventuell KOL. Det finns ett stigmata att tala om KOL hos dessa patienter. Patientalliansen måste bibehållas före vårdens iver att utreda.

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 låter några av affischerna om KOL screening sitta kvar inne på laboratoriet. Vi kommer under året att följa upp våra indikatorer på arbetsplatsträffar.

**Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2**

**t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2"** och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan [forbattningsarbeten.apc.siso@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.siso@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"). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.