

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Bergshamra Ulriksdal vårdcentral	
Verksamhetschef Katarina Gustner	Aktnummer (ifylles av HSF)

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022

### del 1: Osteoporos

#### 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 2022 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se) senast den **28 februari 2022**. Denna mall med även **del 2** ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2023**. Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2022" på Vårdgivarguiden. Frågor kan även skickas till [rita.fernholm@regionstockholm.se](mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se).

Kvalitets- och förbättringsarbete är viktigt. En strukturerad metod underlättar både arbetet och ger större chans till ett lyckat utfall. Denna mall är upplagd efter en sådan struktur. Kurser i kvalitets- och förbättringsarbete rekommenderas för dem som inte tidigare gått det och ska leda ett förbättringsarbete. Mallen ska dock kunna användas av alla. De gråa rutorna innehåller instruktioner. Kursiverad text i de vita rutorna utgör exempel på hur man kan formulera sig. Läs hela mallen innan du börjar. Att göra stegen i rätt ordning underlättar processen, det är lätt att vilja börja med en plan för vilken åtgärd man vill göra, men en ordentlig analys av bakgrunden är viktigt för att göra rätt saker.

#### DEL 1 – Planen

##### Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet, ange även teammedlemmar och deras professioner

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar. Byt ut kursiverad text i denna mall till er egen text.

Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer. Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete igår i deras målbeskrivning.

##### Ange vem som är kontaktpersonen och hens e-postadress.

Katarina Gustner, kontaktperson, verksamhetschef, [katarina.gustner@regionstockholm.se](mailto:katarina.gustner@regionstockholm.se)

Annika Öberg, specialist i allmänmedicin, MLA, [annika.oberg@regionstockholm.se](mailto:annika.oberg@regionstockholm.se)

Liselott Thomelius, distriktssköterska, [liselott.thomelius@regionstockholm.se](mailto:liselott.thomelius@regionstockholm.se)

Masuda Begum, diabetessköterska, [masuda.begum@regionstockholm.se](mailto:masuda.begum@regionstockholm.se)

Tatiana Lobatcheva, ST-läkare i allmänmedicin, [tatiana.lobatcheva@regionstockholm.se](mailto:tatiana.lobatcheva@regionstockholm.se)

Vesna Skripcevska, medicinsk sekreterare, [vesna.skricevska@regionstockholm.se](mailto:vesna.skricevska@regionstockholm.se)

##### Steg 1 Beskrivning av nuläget – Tydliggör vilket problem ni vill lösa!

**Inom vilket område ser ni en tydlig förbättringspotential och varför?** Detta är viktigt för att kunna välja ett område där ni har möjlighet att göra tydlig skillnad så ni inte lägger tid på ett område som ni redan är bra på.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Bergshamra Ulriksdal vårdcentral	
Verksamhetschef Katarina Gustner	Aktnummer (ifylles av HSF)

Gå in och titta på era resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer från t.ex. medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

Börja 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>

Vi ser i medrave m4 Frakturrisik/ översiktsvy att vi har låg andel patienter med dokumenterade riskfaktorer för osteoporos. Med anledning av att vårdcentralen enligt ListOn har 1 445 patienter över 65 år kan man anta att det finns en underdiagnostisering liksom en underbehandling.

Enligt GUPS är vårdcentralens detektionsgrad för osteoporos 70,14 % och prevalensen 1,69 % (2021). Länsnitt för detektionsgrad är under samma period 64,65% och prevalens 1,27%.

För att få en bättre förståelse för våra data har vi med anledning av pandemin jämfört siffrorna för år 2019–2020 med år 2021.

I medrave m4 Frakturrisik/ översiktsvy finns för år 2019–2020 totalt 889 listade och olistade patienter med riskfaktorer.

Av dessa har < 1 % (8 patienter) fått FRAX dokumenterat på sökbar term. I denna målgrupp har Downton fallriskindex utförts på 3 % (27 patienter).

18 % (156 patienter) behandlas med benaktiva läkemedel.

Av de 733 patienter utan behandling har 75 patienter dosdispenserade läkemedel vilket kan var ett observandum.

Totalt var 578 patienter över 50 år, varav 392 kvinnor och 186 män.

I medrave m4 Frakturrisik/ översiktsvy finns 14 förvalda riskfaktorer. För år 2021 hade Bergshamra Ulriksdal totalt 470 listade patienter med riskfaktorer.

Av dessa har 1 % (4 patienter) fått FRAX dokumenterat på sökbar term. I denna målgrupp har Downton fallriskindex utförts på 1 % (5 patienter).

19 % (88 patienter) behandlas med benaktiva läkemedel.

Av de 382 patienter utan behandling har 47 patienter dosdispenserade läkemedel.

Totalt var 331 patienter över 50 år, varav 220 kvinnor och 111 män.

### **Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete**

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med?

Vi har för årets förbättringsarbete valt osteoporos.

### **Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt (tänk patient- verksamhets- och samhällsnivå)**

Osteoporos är ett vanligt tillstånd som fortfarande är underdiagnostiserat och underbehandlat. Förekomsten av frakturer orsakade av osteoporos innebär ett stort lidande för drabbade personer med smärta och rörelseinskränkningar men har också samhällsekonomiska konsekvenser med sjukhusvistelser och eventuellt operationer. En bättre handläggning av patientgruppen kan därmed få positiva konsekvenser för både individ och samhälle.

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn

Bergshamra Ulriksdal vårdcentral

Verksamhetschef  
Katarina Gustner

Aktnummer (ifylles av HSF)

Vid 50 års ålder har 2–5 procent av kvinnorna osteoporos och vid 80 års ålder är prevalensen närmare 50 procent. Det är primärvården som har huvudansvaret för utredning och behandling av postmenopausal osteoporos. För patienter som utretts och påbörjat sin behandling på sjukhus kan oftast uppföljning och fortsatt behandling ske via primärvården (VISS).

Vi saknar på vårdcentralen ett strukturerat arbetssätt för patienter med risk för osteoporos. Vi behöver säkerställa att dokumentationen av riskfaktorer sker enligt riktlinjer som möjliggör att resultatet blir sökbar.

De riskfaktorer som vi har valt att titta närmare på är KOL, Njurinsufficiens, Reumatiska sjukdomar, Falltendens (stroke, Parkinson, epilepsi) och BMI.

Vi vill öka andelen patienter med identifierade riskfaktorer och behandling med förebyggande åtgärder.

Vi vill öka kompetensen om osteoporos i hela medarbetargruppen.

**Steg 4 Specifika delmål**– Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara. Använd gärna en redan existerande indikator/mått från medräve m4eller PrimärvårdsKvalitet när ni skriver delmål.

1. Öka antal dokumenterade frakturrisksbedömningar (FRAX)
2. Öka antal dokumenterade Downton fallriskindex
3. Öka antalet listade patienter med osteoporos som får benspecifik läkemedelsbehandling

**Steg 5 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)**

- a. Vilka förbättringsidéer har ni? Och hur ska ni kunna implementera dem? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda [verktyget fiskbensdiagram](#) för att ta fram idéer. Man kan även läsa vad andra har gjort tidigare:  
<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202020.html>
  - b. Hur tar ni reda på vad som är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i [QRC:s verktygslåda](#).
- a.
    - Vi ska införa ett gemensamt flödesschema anpassat till vårdcentralen som är känt av alla. De flödesschema som finns på andra vårdcentraler kan användas som underlag.
    - För att skapa förståelse om våra förutsättningar och vad som kan påverka oss kommer vi arbeta med 4 P (patienter, processer, professioner, mönster (pattern)).
    - Utbildningsinsatser om osteoporos och riskfaktorer kommer genomföras genom interna föreläsningar och utbildningsmaterial. Målgrupp för utbildning är distrikts-och sjuksköterskor, undersköterskor och läkare. Målet är att genomföra två utbildningsinsatser under våren med en uppföljning under hösten.
    - Riktlinjer för dokumentation tas fram av förbättringsteamet och kommuniceras till medarbetare på APT och yrkesspecifika möten.
    - Förbättringsteamet utgör arbetsgruppen som utvärderar synpunkter och förslag från medarbetargruppen. Återkoppling regelbundet på APT.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Bergshamra Ulriksdal vårdcentral	
Verksamhetschef Katarina Gustner	Aktnummer (ifylles av HSF)

b.

- Att patienter får kunskap om vilka förebyggande åtgärder de själva kan vidta är viktigt och kan öka känslan av delaktighet. Vid besök till distrikts- och sjuksköterskor ges muntlig och skriftlig information förslagsvis Socialstyrelsens ”Balansera mera”
- Affischer kommer att sättas upp i väntrum
- Väntrums-TV: n kommer att användas för information i syfte att uppmärksamma patienter om osteoporos

**Steg 6 Vilka mått (minst 2) behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer som stämmer med era redan formulerade delmål)**

Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (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 diabetikerna. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad.) Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal... eller Andel...**

	Indikatornamn T.ex. <b>Andel</b> diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri per vecka	Nuläge = <b>Startläge</b> (% eller antal)	Datum/ period för <b>startläge</b>	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
<b>Indikator 1</b>	Antal dokumenterade FRAX	4/470 patienter	2022-01-01	≥ 32	M4	2022-12-31
	Andel dokumenterade FRAX	1 %	2022-01-01	>1 %	M4	2022-12-31
<b>Indikator 2</b>	Antal dokumenterade Downton	5 / 470 patienter	2022-01-01	≥ 32	M4	2022-12-31
	Andel dokumenterade Downton	1 %	2022-01-01	>1 %	M4	2022-12-31
<b>Indikator 3</b>	Öka andel listade patienter med osteoporos som får benspecifik läkemedelsbehandling	19% 88/470	2022-01-01	>19%	M4	2022-12-31

**Kommentar (valfritt):**

Data från medrave m4. Resultat kommer att redovisas till medarbetare månadsvis. GUPS för uppföljning detektionsgrad och prevalens (data tas fram 2023–01).

**Steg 7 Dags att testa era förbättringsidéer.**

Använd gärna [förbättringshjulet PDSA](#) (=Plan Do Study Act) som stöd. Testa i liten skala först och justera era idéer enligt vad ni lär er och testa igen. När ni är nöjda kan ni testa på hela husläkarmottagningen och standardisera arbetssättet. **Redovisningen av steg 7 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

**Döp denna fil till:** Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2022 del 1 och skicka in senast 28 februari 2022 till:  
[forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn  
Bergshamra Ulriksdal vårdcentral

Verksamhetschef  
Katarina Gustner

Aktnummer (ifylles av HSF)

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

### **A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?**

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 implementerat era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel.

Om man upptäcker att vissa justeringar behöver göras sen man fyllde i del 1 går det bra.

Förbättringsarbete 2022 hade som tema att öka andel patienter med identifierade riskfaktorer för osteoporos och få ett gemensamt strukturerat arbetssätt. Vi hade också som mål att säkerställa att dokumentationen skedde enligt riktlinjer som gjorts kända för alla medarbetare. Ett behov av kompetensutveckling i medarbetargruppen kring osteoporos fanns.

Efter återkoppling av del 1 har vi förtydligat vilka riskfaktorer vi kommer att titta närmare på. Vi valde fem riskfaktorer; KOL, Njurinsufficiens, Reumatiska sjukdomar, Falltendens (stroke, Parkinson, epilepsi) och BMI.

Arbetsgruppen förändrades något och har bestått av medicinskt ledningsansvarig läkare Annika Öberg, distriktssköterska/enhetschef Liselott Thomelius, verksamhetschef Katarina Gustner samt diabetessköterska Masuda Begum som ersatte ST-läkare Tatiana Lobatcheva.

Pga. vakanser i sekreterargruppen har Vesna Skripcevska av tidsbrist inte deltagit.

Under våren 2022 har arbetsgruppen träffats främst under ledningsmöten och arbetat med förbättringsarbetet en gång/månad. På grund av tidsbrist kunde gruppen inte arbeta med förbättringsarbetet oftare.

Under hösten utvecklades förbättringsarbetet i samband med utbildning i Metodstöd för implementering i arbetsgrupper. Då skedde arbetsmöten mer strukturerat och tätare.

### **PDSA**

#### **PLAN:**

##### **1. 4 P (patienter, processer, professioner, mönster (pattern)):**

Arbetsgruppen startade med att skapa en gemensam bild av hur nuläget såg ut. Till vår hjälp användes arbetsformen 4P. Data hämtades från medrave m4. Vid analys av data uppstod frågor om vad statistiken visade.

Vi tog kontakt med supporten på medrave m4 och med deras hjälp skapades egna listor för att både dokumentation i fritext och dokumentation på sökord skulle tas upp i statistiken.

Efter deras förslag ändrade vi sökkategorierna från "listade och olistade patienter på vårdcentralen" till enbart "listade patienter på vårdcentralen". Det medförde en justering av data från tidigare mall del 1.

#### **Patienter:**

Frågor vi sökte svar på var: Hur många patienter identifierade med riskfaktorer hade vi? Hur såg åldersspridningen ut? Överensstämde vår bild med våra data? Via patientenkäten såg vi att Bergshamra Ulriksdal hade en hög andel patienter med högre eftergymnasial utbildning. Påverkade det vårt arbete? Och i så fall hur?

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn  
Bergshamra Ulriksdal vårdcentral

Verksamhetschef  
Katarina Gustner

Aktnummer (ifylles av HSF)

Via medrave m4 /Rapporter/Sjukdomar/Frakturrisk/Översikt fanns i februari 355 listade patienter och följer det statistiska underlaget med fler kvinnor än män. Av dessa var 229 patienter > 50 år varav 154 kvinnor och 75 män.

Arbetsgruppens teori var att den höga andel patienter med högre utbildning medförde att de borde ha förmåga att tillgodogöra sig information och egenvårdsråd samt ha förmåga till, och önskemål om, en hög grad av delaktighet.

**Processer:**

Vi hade redan identifierat att vi saknade ett gemensamt strukturerat arbetssätt. Oklarhet rådde när och hur vi kallade patienterna för läkarbesök. Patienterna hade själva ett stort ansvar att ringa för att boka tid vilket medförde att behandlingen kunde försenas. Rutinerna som fanns för sjuksköterskorna inför behandling var otydliga och svåra att följa. Rutinerna för provtagning inför behandling var otydliga.

**Professionier:**

Arbetsgruppen kom fram till att nästan alla medarbetare på vårdcentralen kan träffa patienter med risk för osteoporos. Arbetsgruppen kom även fram till att det vid många möten på vårdcentralen fanns goda tillfällen att ta upp riskfaktorer och t. ex att göra en FRAX. Diabetessköterska träffar patienter med riskfaktorer och har redan samtal om bl. a. kost och motion. I hemsjukvården träffar distrikts- och sjuksköterskor samt undersköterskor patienter med en eller flera riskfaktorer. Likaså fotvårdarna träffar patienter med potentiella riskfaktorer. Undantaget var psykologerna där arbetsgruppen uppfattade att det var mindre naturligt att ta upp ämnet.

**Pattern/mönster:**

Vi ville ha svar på hur FRAX och riskfaktorer dokumenterades av medarbetarna. Skedde det i löpande text eller under sökord?

Vid journalgranskning såg vi att FRAX mestadels dokumenterades av läkare under sökord. Men det förekom att det skrevs i löpande text i daganteckning.

Vi kunde vid samtal med medarbetargruppen konstatera att sjuksköterskorna inte följde rutinen för provtagning och behandling. Det varierade om patienterna fick information om biverkningar och symptom att uppmärksamma efter behandling.

Det var ofta oklart hur länge patienten haft behandling. Arbetsgruppen antog att det fanns patienter där behandlingen skulle sättas ut.

Det framkom att det hände relativt ofta att patienterna fick ombokas till sjuksköterska eftersom det saknades aktuella prover och läkarbedömning vid behandlingstillfället. Det inträffade också relativt ofta att det inte fanns läkemedel hemma.

**DO:****2. Öka kompetensnivån och medvetenheten i medarbetargruppen:**

För att öka kunskap om både förbättringsarbetet och osteoporos har vi diskuterat förbättringsarbete och våra mål på APT. Redovisning och diskussion om framför allt andel FRAX har skett regelbundet. MLA Annika Öberg höll under våren i en intern utbildning på APT om osteoporos, riskfaktorer som bl. a. ålder, stillasittande, medicinering med kortison, hur man diagnostiserar, behandlar och kan förebygga fallolyckor.

För att ge medarbetarna nödvändig kunskap om FRAX visade MLA Annika Öberg i Take care var och hur FRAX genomfördes.

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn  
Bergshamra Ulriksdal vårdcentral

Verksamhetschef  
Katarina Gustner

Aktnummer (ifylles av HSF)

På APT har dokumentation under sökord och journalmallar förtydligats och vikten av sökbar dokumentation har poängterats och diskuterats.

För att öka medvetenheten har alla medarbetare med patientkontakt, förutom psykologer, fått en liten lathund\* som stöd. Det är en liten, inplastad minneslapp som ska fungera som påminnelse om riskfaktorer och FRAX. Lappen är liten så den går att ha i fickan eller sätta upp på datorn som påminnelse.

Vår idé var att sjuksköterskor och läkare i samband med besök kunde ta upp riskfaktorer och fylla i FRAX trots att patienten kanske var på besök för någon annan sökorsak.

För detta hämtade vi inspiration från tidigare förbättringsarbeten på andra vårdcentraler.

\*

**Riskfaktorer osteoporos:**

Fraktur kota eller bäcken, person > 50 år  
Systematisk kortisonbehandling > 5 mg/dag  
> 3 mån  
Ärftlighet  
BMI < 20. Vikt < 50 kg,  
Menopaus < 45 år  
Rökning, fysisk inaktivitet

**3. Patientmedverkan:**

Vi beställde informationsmaterial från Socialstyrelsen med affischer till våra väntrum samt patientinformation till undersökningsrummen. Patientinformation har även lagts i väntrummen i syfte att göra det lättillgängligt.

Vi beställde flera affischer med olika text och innehåll. Med jämna mellanrum byts affischerna ut så ny information synliggörs. Vi ville på det viset försöka bidra till ökat intresse och ge möjlighet till ökad kunskap.

På vår väntrums-TV visade vi information om förbättringsarbetet samt information från Socialstyrelsens affischer.

**4. Rutiner och riktlinjer:**

Medicinskt ledningsansvarig läkare arbetade fram förslag på rutin för behandlingsschema till läkare och sjuksköterskor.

Rutinerna tydliggör provtagning inför och kontroll efter behandling, väntelista och kallelse till nästa besök och vem patienten ska träffa då, sjuksköterska eller läkare. Rutinerna tydliggör också för läkarna att ta ställning till om behandlingen ska fortsätta eller avslutas/förändras.

Medicinskt ledningsansvarig läkare arbetade fram förslag på rutin för väntelista och kallelse av patienter. Rutinen gäller inte enbart patienter med osteoporos utan förstärkte rutinerna för alla patienter med behov av uppföljande besök och kallelse.

Medicinskt ledningsansvarig läkare arbetade fram förslag på ny patientinformation om behandlingsalternativ för Denosumab och Zoledronsyra som överensstämmer med de nya rutinerna. Lathundar har gjorts av verksamhetschef.

Förslagen diskuterades först i arbetsgrupp och sedan med alla medarbetare. Därefter har rutinerna fastställts och finns i Platina. Även patientinformationen finns i Platina.



**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn  
Bergshamra Ulriksdal vårdcentral

Verksamhetschef  
Katarina Gustner

Aktnummer (ifylles av HSF)

Rutinerna och informationsspridning har diskuterats på APT vid flera tillfällen under våren.

**STUDY:**

Vid kontroll av FRAX i medräve m4 månadsvis under våren var det trots våra insatser väldigt små skillnader i antal utförda FRAX. Mellan 2022-03-2022-09 FRAXA: des fortfarande 1 % av patienterna. Antal patienter fluktuerade av naturliga skäl månadsvis.

Vid samtal med medarbetare uppgav de en osäkerhet om hur och varför detta skulle utföras. Få medarbetare hade haft samtal om riskfaktorer med patienter och nyttjat minneslappen. Medarbetare var fortfarande osäkra på var de hittade FRAX och vad det innebar.

**ACT:**

Under hösten uppmärksammade verksamhetschefen en inbjudan att delta i utbildningen "Metodstöd i implementering" via Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin/Enheten för samhällsmedicin och implementering, SLSO. Vår anmälan antogs och utbildningen startade i oktober 2022. Under utbildningen ska grupperna arbeta med ett verksamhetsbaserat case vilket naturligt ledde oss att använda vårt påbörjade förbättringsarbete.

Vår arbetsgrupp kom att bestå av verksamhetschef Katarina Gustner, MLA Annika Öberg och dsk/enhetschef Liselott Thomelius.

Arbetsgruppen valdes för att de besitter kunskap om verksamhetens behov till förändring och resurser samt har mandat att fatta beslut.

**PLAN:****METODSTÖD FÖR IMPLEMENTERING:**

Först identifieras vad som är problemet och vad som vill uppnås. Prioriterat målbeteende arbetas fram och skrivs ner i en handlingsplan. Beteenden som stödjer förändringen tas fram, dessa beteenden ska vara så tydliga att de kan filmas. Därefter analyseras behoven t. ex vad behöver medarbetarna för att beteendet ska ske. Implementeringsstrategier väljs utifrån behov, mall för detta finns i metodstödet.

Vår implementeringsutbildning startade i oktober. Vi har haft fem utbildningstillfällen med avslutning i januari 2023.

**1) Vi kom fram till detta:**

**VAD ÄR PROBLEMET:** Vi hittar inte patienter med riskfaktorer för osteoporos. Vi saknar ett strukturerat arbetssätt.

**VAD VILL VI UPPNÅ:** Färre osteoporosrelaterade frakturer genom att uppmärksamma och behandla riskpatienter

**PRIORITERAT MÅLBETEENDE:** Patienter > 65 år FRAXAS vid alla typer av besök av båda sjuksköterskor och läkare

**TYDLIGGÖR MÅLBETEENDET:**

Vem- alla läkare och sjuksköterskor

Vad- FRAXA och dokumentera i Take care under sökord FRAX

Var- På undersökningsrum

När- Vid alla planerade mottagningsbesök (ej akuta besök)

Hur ofta- varje planerat besök om det inte utförts senaste 12 månaderna

Med vem- Patient



**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn  
Bergshamra Ulriksdal vårdcentral

Verksamhetschef  
Katarina Gustner

Aktnummer (ifylles av HSF)

**2) Prioriterat målbeteende/Handlingsplan:**

Vi identifierade tre prioriterade målbeteende men under utbildningen ska ett målbeteende väljas. Beteendet ska skrivas ner i en handlingsplan.

**PRIORITERAT MÅLBETEENDE:** Patienter > 65 år FRAXAS vid alla typer av besök av båda sjuksköterskor och läkare

Övriga prioriterade målbeteende som identifierades var:

- Fallriskbedömning och MNA genomförs på alla riskpatienter identifierade efter FRAX
- Boka läkarbesök för osteoporosutredning på patienter identifierade efter FRAX
- Vidta fallriskåtgärder och nutritionsåtgärder vid behov genom att skicka remiss till Primärvårdsrehab

**DO:**

**3) Involvera medarbetare**

Information om implementeringsmetoden och prioriterat målbeteende togs upp på APT. Handlingsplanen sattes upp i storformat i personalrummet med utrymme för alla att ge muntlig eller skriftlig återkoppling genom kommentarer, synpunkter och funderingar.

**4) Beteende som stödjer förändringen:**

Arbetsgruppen identifierade följande beteende som betydelsefulla:

- Kompetens- datakunslap för att lägga upp en genväg till FRAX på datorn
- Kunskap- att dokumentera korrekt i Take care
- Motivation- visualisera att det inte tar så långt tid att utföra en FRAX och riskbedömning
- Möjlighet- göra det enkelt och att material finns på undersökningsrum

**5) Implementeringsstrategier**

Vi gjorde följande:

- På APT visade MLA Annika Öberg hur genvägs läggs upp i Take care. Projektor och storbild användes. Arbetsgruppen erbjöd sig att hjälpa till att lägga upp genvägar vilket mottogs positivt från medarbetare
- MLA Annika Öberg gjorde ett rollspel med en medarbetare på APT som fick illustrera en patient på diabetesbesök. I rollspelet frågade MLA Annika Öberg medarbetaren om ev. riskfaktorer och fyllde i FRAX under tiden. Det visualiserade att det inte tog så lång tid att utföra det under patientbesöket, 2-3 minuter extra. Det visade också på ett bra sätt att det inte var så konstigt att fråga
- Vi köpte in mätstickor och personvågar till alla undersökningsrum så att det blev enkelt att ta längd och vikt på patienterna. Även om mätsticka fanns lätt tillgängligt så var tidsaspekten det tog att gå ut i korridoren, kanske med patienten i strumlästen med halkrisk, faktorer som bidrog till att det var krångligt att ta längd och vikt
- En ny minneslapp/lathund \*\* togs fram av verksamhetschefen utifrån prioriterat målbeteende. På den förtydligades också de övriga prioriterade målbeteendena.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Bergshamra Ulriksdal vårdcentral	
Verksamhetschef Katarina Gustner	Aktnummer (ifylles av HSF)

\*\*

**FRAX: Alla patienter > 65 år**  
 NÄR: Alla planerade besök läkare/ssk  
 OM: Ej utfört senaste 12 månaderna  
 HUR: Dokumentera FRAX under sökord TC  
**VID: Major osteoporotic fractures ≥ 15**

1. Utför fallriskbedömning & MNA
2. Dokumentera i TC
3. SSK-Boka läkarbesök för bedömning
4. Remiss Primvårdsvårdsrehab

- Förbättringsarbetet har tagits upp på APT månadsvis. Redovisning av handlingsplaner och metodstöd har skett vid samma tillfälle.

#### STUDY:

Resultat FRAX per månad:

Månad	Antal patienter	Andel (%)
Januari	2/350	<1 %
Februari	2/355	<1 %
Mars	2/365	<1 %
April	7/356	<1 %
Juni	7/367	2 %
Juli	4/358	1 %
Augusti	5/373	1 %
September	7/369	2 %
Oktober	16/393	4 %
November	21/393	5 %
December	16/377	4 %
Helår 2022	43/526	8 %

#### 2022 R12

##### Osteoporos detektionsgrad:

Bergshamra Ulriksdal 68,24 %

Länssnitt: 68,05 %

##### Osteoporos prevalens:

Bergshamra Ulriksdal 1,77 %

Länssnitt: 1,41 %

#### Resultat av de fem riskfaktorer vi valt att särskilt titta närmare på.

**2021:** BMI 31 % = 145/470 patienter. 14 % BMI <20 (20/145)

**2022:** BMI 43 % = 228/526 patienter. 13 % BMI <20 (30/228)

**2021:** KOL 14 % = 64/470 patienter. 14 % BMI <20 (20/145)

**2022:** KOL 15 % = 80/526 patienter

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Bergshamra Ulriksdal vårdcentral	
Verksamhetschef Katarina Gustner	Aktnummer (ifylles av HSF)

**2021:** Njurinsuff. 12 % = 55/470 patienter  
**2022:** Njurinsuff. 13% = 71/526 patienter  
**2021:** Falltendens (stroke, Parkinson, epilepsi) 8 % = 36/470  
**2022:** Falltendens (stroke, Parkinson, epilepsi) 10 % = 50/526  
**2021:** Reumatiska sjukdomar 5 % = 24/470  
**2022:** Reumatiska sjukdomar 6 % = 29/526

### B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från steg 6 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 som visar mätvärdena över tid)

	Indikatornamn	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
<b>Indikator 1</b>	Antal dokumenterade FRAX	4/470 pat.	2022-01-01	32	43/526 patienter	M 4	2022-12-31
	Andel dokumenterade FRAX	1 %	2022-01-01	> 1 %	8 %	M 4	2022-12-31
<b>Indikator 2</b>	Antal dokumenterade Downton	5/ 470 pat.	2022-01-01	32	12/526 patienter	M 4	2022-12-31
	Andel dokumenterade Downton	1 %	2022-01-01	> 1 %	2 %	M 4	2022-12-31
<b>Indikator 3</b>	Öka andelt listade patienter med osteoporos som får benspecifik läkemedelsbehandling	19 % 88/470	2022-01-01	>19 %	20 % 105/526 patienter	M 4	2022-12-31

### Övriga kommentarer:

Data från medrave m4. Resultat har redovisats till medarbetare månadsvis. GUPS för uppföljning detektionsgrad och prevalens. Data framtagen 2023-01.

### C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?

- Vad har ni lärt er?
- Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka patienters delaktighet eller involvering i vården?
- 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.

1.

Trots att verksamheten fortfarande till viss del präglats av coronapandemin har vi haft mer tid för förbättringsarbetet än vad de senaste åren kunnat erbjuda.

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn  
Bergshamra Ulriksdal vårdcentral

Verksamhetschef  
Katarina Gustner

Aktnummer (ifylles av HSF)

Antal identifierade patienter har ökat jämfört med 2021 vilket vi tar som ett positivt tecken på att vårt arbete har uppmärksammats av medarbetarna. Vi har nått målet att fler än 32 patienter dokumenterats enl. FRAX samt att andel patienter med benspecifika läkemedel ökat. Däremot ser vi ingen förbättring av dokumentationen av Downton vilket förvånar oss. Det behöver vi diskutera och arbeta vidare med.

Även för de fem riskfaktorer som vi valde ser vi en positiv utveckling där kanske dokumentation av BMI står för den mest positiva ökningen. Det kan bero på att det nu är lätt och går fort att ta vikt och längd inne på alla undersökningsrum.

De nya rutinerna för väntelista och kallelse av patienter har förenklat mycket av arbetet för sjuksköterskor och läkare. Det har bidragit till en tydlighet för när och hur patienterna ska kallas till läkare respektive sjuksköterska. De nya rutinerna för behandling och patientinformation har också medfört ökad patientsäkerhet och vårdkvalitet.

En utförlig och genomarbetad utbildning hölls av vår MLA Annika Öberg före sommaren. Vid samma tillfälle visade vi var FRAX som instrument hittades. Men det medförde inte några stora förändringar i registreringen. Detta trots att vi i arbetsgruppen uppfattade att vi var tydliga i vår information och återkoppling om resultatet under våren.

Vi kan se en skillnad av engagemang i medarbetargruppen efter att MLA Annika Öberg gjorde rollspelet på APT och vi involverade medarbetarna mer i förbättringsarbetet och metodstödet. På mötet gjordes även en repetition om riskfaktorer och behandling. Vi hade som mål två utbildningsinsatser under året och det uppnådde vi.

Att vi i arbetsgruppen hjälpte till fysiskt med att lägga upp genvägar på datorerna och att vi har gjort det enklare att ta vikt och längd har också haft betydelse tror vi.

Diabetessköterskan har lagt upp genvägen till FRAX på datorn och är den av omvårdnadspersonalen som utfört flest FRAX-bedömningar. Hon upplever att det faller sig naturligt i samtalet med diabetespatienter.

Läkarna har förbättrat dokumentationen under sökord och möjliggör på så vis ett bättre underlag för oss att arbeta med.

Av detta har vi lärt oss att det behövs tid och mycket dialog med olika infallsvinklar för att förändra ett arbetssätt. Det är också viktigt att tid avsätts för arbetsgrupp som möjliggör tid för arbete och analys av data. Återkoppling till medarbetargruppen behöver också planeras. Vad är relevant att återkoppla nu, vad behöver medarbetarna för stöd och hjälp? Hur kan arbetsgruppen hjälpa till? Viktigt att arbetsgruppen består av personer med olika professioner och med mandat att genomföra förändring. Om mandat inte finns behöver arbetsgruppen förankra innan besluten vilket kan försvåra och förlänga processen. Detta beroende på vilken organisation man verkar i.

Vi har lärt oss mycket av att arbeta med PDSA och 4P. Vi kanske inte har utfört alla moment enligt modell men vi har gjort så gott vi kunnat och blivit nöjda med resultatet.

Vi har också lärt oss mycket av att arbeta med metodstödet för implementering. Det kan användas vid både stora och små förändringar. Arbetsgruppen är överens om att vi kommer att kunna använda metodstödet framöver i utvecklingsarbete.

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn  
Bergshamra Ulriksdal vårdcentral

Verksamhetschef  
Katarina Gustner

Aktnummer (ifylles av HSF)

2.

Patienterna har getts möjlighet till delaktighet och ökad kunskap genom information på affischer och väntrums-TV men det är ett ganska passivt sätt att involvera patienterna. I samtal med läkare och sjuksköterskor finns det dock tillfälle för mer individinriktad information.

Diabetessköterska har återkopplat att patienterna blir nöjda och känner sig sedda att få diskutera riskfaktorer för osteoporos.

Vi har dock inte efterfrågat patienternas uppfattning vilket vi ser som ett förbättringsområde.

3.

Vi känner oss inte riktigt färdiga med osteoporos som förbättringsarbete. Det kvarstår utvecklingsområde som vi önskar arbeta vidare med.

Vi kommer att fortsätta mäta antal FRAX och de valda riskfaktorer som tagits upp i detta arbete. Det finns fortfarande förbättringar att genomföra. Fler sjuksköterskor antas ha möjlighet att ta upp detta vid besök på mottagning eller i hemsjukvården.

Under vårt arbete med Metodstöd för implementering identifierade vi fler prioriterade målbeteende. Enligt metoden ska dock ett målbeteende skrivas per handlingsplan så dessa tre målbeteende kvarstår att arbeta med.

De kvarstående prioriterade områdena vi identifierade var:

- Fallriskbedömning och MNA genomförs på alla riskpatienter identifierade efter FRAX
- Boka läkarbesök för osteoporosutredning på patienter identifierade efter FRAX
- Vidta fallriskåtgärder och nutritionsåtgärder vid behov genom att skicka remiss till Primärvårdsrehab

Egentligen har vi inte kommit i hamn med hela flödesarbetet och vi saknar fortfarande delar av ett gemensamt och strukturerat arbetssätt.

Vi ser att antal registrerade fallriskbedömningar fortfarande är lågt vilket vi behöver diskutera och förbättra. Fortsatt redovisning av antal FRAX och Downton på APT med gemensam dialog planeras.

Vi vill också arbeta vidare med patienternas delaktighet genom patientsamtal. Det kan ske på olika vis t. ex genom korta enkäter eller riktade intervjuer.

**D. Döp denna fil till:** Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2022 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2023 till funktionsbrevlådan [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)