

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Kista Vårdcentral	
Verksamhetschef Helena Toomson	Aktnummer (ifylles av HSF)

## **Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022**

### **Kista Vårdcentral 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 viktig 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.**

*Skriv i den här rutan namn och professioner, samt e-postadress till en kontaktperson i teamet.*

Helena Toomson verksamhetschef, [helena.toomson@regionstockholm.se](mailto:helena.toomson@regionstockholm.se)

Lina Hjort af Ornäs, specialist i allmänmedicin, [lina.hjort.af.ornas@regionstockholm.se](mailto:lina.hjort.af.ornas@regionstockholm.se)

Sarah Aly, leg sjuksköterska

Sam Javadi, ST-läkare i allmänmedicin

Rowena Magnusson, undersköterska

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

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Kista Vårdcentral	
Verksamhetschef Helena Toomson	Aktnummer (ifylles av HSF)

**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.

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>

Ange det ni kommer fram till i stora drag.

Vi ser att vi i MedRave har 28 individer som medicinerar med benaktiva läkemedel mot osteoporos. Enligt Medrave bör vi även ha 70 individer med diagnosen osteoporos.

Med en lista på ca 13500 bedömer vi att vi bör ha fler med diagnosen sett till prevalensen av osteoporos.

Av våra patienter har vi en del om får Zoledronsyra och en del som får Denosumab, men ingen lista/förteckning över dessa så att de kan följas upp regelbundet eller för den del få sin infusion i tid Detta är mycket viktigt ffa för de patienter med Denosumab där det är känt att patienter kan få en mer uttalad osteoporos om läkemedlet inte tas i tid eller sätts ut utan insättning av bisfosfonat.

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

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

*Osteoporos*

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

*Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter som har osteoporos och att de vi identifierar har diagnosen på rätt grunder, får rätt behandling och följs upp enligt gängse rutiner.*

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

*Identifiera patienter med osteoporos som är har eller inte har läkemedelsbehandling. Enligt Medrave har vi 70 individer som har fått diagnos osteoporos och 28 individer som medicinerar med osteoporos. Av redan kända individer med diagnos behöver vi gå igenom indikation för behandling och erbjuda detta när så relevant. Skapa en rutin för hur dessa patienter ska följs årsvis på Kista VC Skapa en väntelista för berörda patienter som administreras av förslagsvis verksamhetens medicinska sekreterare. Rutinen för årsbesök ska dels ha en sköterskeledd del men även en läkarledd del. Om, möjligt vore det en tillgång att även engagera levnadsvanesköterska för insatser kring kost motion och ev rökning. Vi bör också inkuidera möjlighet att remittera till rehab för ytterligare insatser av dietist, fysioterapeut och arbetsterapeut, då kost träning och hemmiljö ( t ex fallprevention) har stor inverkan. I läkarens del ska också ingå att bedöma att patienten inte har olämpliga läkemedel t e x som kan öka fallrisken.*

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kista Vårdcentral	
Verksamhetschef Helena Toomson	Aktnummer (ifylles av HSF)

### 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 det så kallade "fiskbensdiagrammet" eller "orsak-verkan-diagram" 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 så deras input kan få påverka era förbättringsidéer och interventioner?

a.

- Vi håller på att utarbeta en rutin för att hitta patienter med risk för osteoporos i hemsjukvården samt vid kontakt med äldremottagningen och eventuellt i andra sammanhang där patienter med ökad osteoporosrisk ofta kontaktar Vårdcentralen. Särskilt när man ändå gör en bedömning kring fallrisk, mobilitet etc.
- Lägga ut informationsmaterial i väntrummet för att uppmärksamma patienter på att ta upp med behandlande läkare om de haft möjliga osteoporosrelaterade frakturer, minskat i längd osv.
- Genomföra flera FRAX och journalföra detta under rätt sökord.
- Gå igenom behandlingen för de med diagnos och se att den är i enlighet med gällande riktlinjer eller om den behöver ändras.
- Utarbeta en rutin för uppföljning av behandling särskilt injektioner/infusioner och att de ges i rätt tid. Att uppföljande bentäthetsmätning görs, samt att behandlingen seponeras eller byts i rätt tid.

b.

Hur får vi patienterna välinformerade och med god compliance. Här kan man tänka sig att intervjua några patienter om hur de upplever informationen och rekommenderad behandling. Även samarbete med rehab avseende kost, motion och hemmiljö etc kan vara värdefullt att diskutera med ngr patienter.

### 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	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
T.ex. <b>Andel</b> diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometri per vecka					

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kista Vårdcentral	
Verksamhetschef Helena Toomson	Aktnummer (ifylles av HSF)

<b>Indikator 1</b>	<i>Andel patienter med osteoporos som varit på årskontroll</i>	0	2022-01-01	95	230228	2022-12-31
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel patienter som har journalförd skattning mha FRAX</i>	14 st	2022-01-01	70st	Medrave	2022-12-31
<b>Indikator 3</b>	<i>Andel patienter som har rekommenderad läkemedelsbehandling med benaktiva läkemedel</i>	40% 28 av 70	2022-01-01		Medrave	2022-12-31
<b>Indikator 4</b>	<i>Andel patienter som har dokumenterad DXA-mätning i Take Care under rätt sökord (DXA).</i>	0	2022-01-01	70st	Medrave	2022-12-31
<b>Indikator 5</b>						

**Kommentar (valfritt):**

Ett problem är att vi hittills inte haft någon rutin kring hur FRAX och DXA dokumenteras och därför blir data inte alls tillförlitliga. Förhoppningsvis ska vi kunna gå igenom alla med diagnos och dokumentera den information som finns på rätt sökord, men om det inte går att praktiskt genomföra så ska vi i alla fall dokumentera enligt rutin på alla nya efter att pågående rutinarbete genomförts.

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

Använd gärna förbättringshjulet (=Plan Do Study Act) som stöd. Det vill säga, 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)

## 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.

1. Rutinen är utarbetad men blev klar ganska sent på året och har inte fullt ut kunnat implementeras. Vi började med att pröva rutinen på våra hemsjukvårdspatienter, som vi bedömer är en grupp med flera riskfaktorer som generellt ska bedömas avseende frakturrisk inkl fallrisk. Flera hemsjukvårdspatienter har gjort FRAX enligt rapport från hemsjukvårdsteamet, men det verkar inte ha dokumenterats på rätt sökord och kommer därför inte upp i Medrave. Rutinen kan ses i sin helhet i bilaga 1.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kista Vårdcentral	
Verksamhetschef Helena Toomson	Aktnummer (ifylles av HSF)

2. Informationsmaterial beställdes från Amgen och lades ut i väntrummet. Vi skapade också en lista med riskfaktorer från VISS som vi lade ut i väntrummet för att uppmärksamma patienter på att tala med sin läkare om sina riskfaktorer. Se bilaga 2.
  3. Vi kan inte bedöma om vi har gjort fler FRAX eller inte, då vi inte lyckats med att implementera hur detta ska dokumenteras i Take Care för att bli sökbart. Vi har tagit upp detta på läkarmöte i början och mitten av året, men troligen har informationen inte varit tillräckligt tydlig i kombination med hög personalomsättning pga uppsägningar, tjänstledighet, sidotjänstgöringar och sjukfrånvaro.
  4. Gå igenom behandlingen för de med diagnos och se att den är i enlighet med gällande riktlinjer eller om den behöver ändras.
  5. Vi har tagit fram en patientlista med de patienter som står på behandling med inj Prolia och denna lista hanteras av ansvarig distriktssköterska som kontakter patienterna för tidsbokning då det är dags för nästa dos. Vi har haft läkarbesök med en stor andel av våra osteoporospatienter under året och under senare delen av året har den digitala stödfunktionen ALMA tillkommit i Take Care som uppmärksammar den som öppnar journalen på att patienten kan ha indikation för benaktiva läkemedel, samt frågar om utsättning av Bisfosfonater om patienten haft detta i läkemedelslistan under mer än 5 år. Detta underlättar mycket i arbetet med att överväga rätt behandling och överväga byte/seponering i rätt tid.
- b. Vi har inte gjort några strukturerade intervjuer med patienter. I gruppen hemsjukvårdspatienter har vi fått återkoppling att det upplevs tryggt att ha fått en bedömning av frakturrisik och ev åtgärd. Avseende uthämtade dagliga doser läkemedel så verkar den funktionen inte fungera i Medrave under perioden som denna rapport skrivs och vi har därför inte kunna följa upp hur många som hämtar ut förskrivna läkemedel. Av de patienter som har benaktiva läkemedel i injektion/infusionsform upplever vi att de flesta kommer på sina bokade tider.

### 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 T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
<b>Indikator 1</b>	<i>Andel patienter med osteoporos som varit på årskontroll</i>	Oklart då vi inte vet om besök inefattat årskon	2022-01-01	95	89% (119 av 133)	Medrave	2022-12-31

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Kista Vårdcentral	
Verksamhetschef Helena Toomson	Aktnummer (ifylles av HSF)

		troll av osteoporos eller annan orsak.					
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter som har journalförd skattning under sökord FRAX	14 st	2022-01-01	70st	17 st	Medrave	2022-12-31
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter som har rekommenderad läkemedelsbehandling med benaktiva läkemedel	40% (28 av 70)	2022-01-01	<b>49%</b> Bench mark för riket enligt primärvårds kvaliteten	51% (68 av 133) <b>61,5%</b> (91 av 148)	Medrave Primärvårds kvaliteten, se kommentar	2022-12-31
<b>Indikator 4</b>	Andel patienter som har dokumenterad DXA-mätning i Take Care under rätt sökord (DXA).	0 Se kommentar.	2022-01-01	0 Se kommentar.	0	Medrave	2022-12-31

### Övriga kommentarer:

Enligt Medrave har vi 22-12-31 listat 136 patienter med osteoporosdiagnos inom ICD-avsnitt M80, M81 och M82. 3 st har skyddade id-uppgifter eller kommer av annan anledning inte med i statistiken i Medrave, varför endast 133 patienter kan inkluderas i statistiken.

#### Kommentar till indikator 2:

Vi har inte lyckats implementera att FRAX registreras på rätt sökord för att fångas upp av Medrave. Vi har ökat antal med diagnos drastiskt (även de som tidigare haft diagnos men ej tidigare registrerats i Take Care), men det har bara blivit en marginell ökning av värden registrerade under sökord FRAX. Början av året fortsatte med pandemirestriktioner och hög belastning på Vårdcentralen. Under året har flera kollegor slutat och drabbats av längre sjukfrånvaro, varför vi har varit och fortsatt är beroende av hyrläkare och tungt belastade med akuta ärenden, vilket också försvårat implementering av nya rutiner.

#### Kommentar till indikator 3:

Enligt Medrave har vi 51% av de 133 patienter som inkluderats enligt ICD-diagnos M80-M82 som står på benspecifik behandling. Enligt primärvårds kvalitet: Os03: Andel som har läkemedelsbehandling mot bensjukhet av personer 50 år och äldre med nyttillkommen hög risk för bensjukhetsfraktur i den listade befolkningen, så är andelen 61,5% och gruppen något större (148 st),

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kista Vårdcentral	
Verksamhetschef Helena Toomson	Aktnummer (ifylles av HSF)

då även personer utan osteoporosdiagnos med t ex långvarig kortisonbehandling inkluderas. Benchmark för denna siffra i landet är 49%.

Kommentar till indikator 4:

DXA visar sig inte vara ett sökord i Take Care men kommer ändå upp som 0 (noll antal) DXA i Medrave. Det finns ett sökord i Take Care som heter bentäthetsmätning, men detta sökord har inget numeriskt värde, utan bara fritext och kan inte tolkas av Medrave. Resultat om att bentäthetsmätning utförts (d v s remiss sickad och svar inkommit) verkar inte heller plockas upp i Medrave. Sluppmässigt urval gjordes från patientlistan i Primärvårdskvalitet – förekomst av diagnos osteoporos M80-M82 på Vårdcentralen. Använde sluppgenerator.nu för att få fram 8 nummer mellan 1-133: 14, 15, 17, 55, 66, 108, 120, 126. De patienter som hade dessa positioner på listan fick en journalgenomgång i Take Care. Av dessa 8 hade 4 stycken gjort en DXA via Vårdcentralen. Av de som ej hade gjort DXA hade 1 fått diagnos i annat län. 2 stycken hade kotkompressioner och 1 hade haft höftfraktur. Oklart om DXA gjorts på annan klinik. Klart är att vi gjort DXA i många fall, men att detta inte faller ut i statistiken p g a att vi inte dokumenterat dessa under rätt sökord.

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

1. Vad har ni lärt er?
2. 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?
3. 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. Alla i personalen har blivit mer medvetna om att tänka på osteoporos i mötet med patienter av alla orsaker.

De informationsbroschyrer som vi haft liggande i väntrummet har snabbt tagit slut, så vi tror att det finns ett intresse också bland patienterna att minska sin frakturrisik. Om vi skulle göra om projektet hade det varit intressant att mäta i hur många fall som patienten själv initierar kontakt utifrån egen undran om risk för osteoporos.

FRAX är förhållandevis enkelt och snabbt att använda både för att avgöra vilka som behöver kompletterande utredning och vilka som har behandlingsindikation.

För att implementera nya sätt att dokumentera behövs bättre information och framförallt uppföljning med ganska täta intervall i början om man ska lyckas.

2. Från ”pilotgruppen” i hemsjukvården så har vi lärt oss att det går ganska snabbt att göra FRAX.

Patienterna signalerar att de uppskattar att man har gjort en bedömning oavsett om detta innebär vidare åtgärder eller inte.

Vi har möjlighet att remittera till osteoporosskola via Kista rehab och Sollentunageriatriken, men har själva inte varit delaktiga i hur denna ges och har därför svårt att värdera patienternas delaktighet vad gäller information och fysisk aktivitet där. FaR har skrivits ut, men vi har inte haft någon plan för att följa upp detta, mer än årliga återbesök för gruppen.

Enstaka patienter har gått via livsstilssköterska för information och rådgivning avseende livsstilsfaktorer. Här finns stor förbättringspotential.

I början av året förekom fortfarande att patienter med Prolia hänvisades att boka tid för nästa dos om 6 månader. Vissa har då ur vårt perspektiv hört av sig sent och vi har fått

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Kista Vårdcentral	
Verksamhetschef Helena Toomson	Aktnummer (ifylles av HSF)

klämma in behandlingen i ett redan fullt bokad schema. Detta har upplevts stressande både av personal och patienter. Efter att vi skapat en egen väntelista för denna grupp med ansvarig att kalla patienterna så har detta fungerat bättre både ur vårt och patienternas perspektiv.

3. Planen är att fortsätta jobba utifrån vår nya rutin med att upptäcka och utreda patienter med riskfaktorer. Den stora utmaningen här är att hitta tid i ett redan pressat schema för att jobba med detta systematiskt även framöver.

Vi behöver avsätta ett nytt möte för att gå igenom och informera så att all berörd personal dokumenterar diagnos och FRAX på rätt sätt för att vi ska kunna följa upp att alla utreds på adekvat sätt och se till att nyanställda och även vikarier får information kring detta.

Vi behöver diskutera hur vi kan dokumentera utförd DXA-mätning för att detta ska bli möjligt att överblicka i t ex Medrave. För närvarande har vi ingen lösning på det.

Vi upplever att det har varit en bra idé att ha informationsmaterial tillgängligt i väntrummet och planerar att fortsätta med detta.

Vi behöver jobba vidare med hur vi ska ge alla dessa patienter tillgång till likvärdig information om levnadsvanor. Här behövs både en förbättring i arbetssätt och mer resurser på livsstilmottagningen.

**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)