

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Vibblaby HLM	
Verksamhetschef Peter Johansson	Aktnummer (ifylles av HSF)

## **Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2022**

### **del 1 och del 2: 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 [forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattringsarbeten.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.**

*Charlotta Dagnell, ST-läkare allmänmedicin [charlotta.dagnell@vibblabyhlm.se](mailto:charlotta.dagnell@vibblabyhlm.se)*

*Helena Rydberg, distriktsköterksa*

*Peter Johansson, specialistläkare allmänmedicin, verksamhetschef*

##### **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.

Resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer finns t.ex. i medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn  
Vibblaby HLM

Verksamhetschef  
Peter Johansson

Aktnummer (ifylles av HSF)

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.

*a) Vibblaby Husläkarmottagning har 7500 (7476) listade patienter med en normal fördelning av de stora patientgrupperna inom primärvården; Hjärtsvikt, Förmaksflimmer, Hypertoni, Diabetes, KOL/Astma, Psykisk ohälsa, Demens, Multisjuka äldre m.fl.*

*b) Vi har bra rutiner för många av de stora patientgrupperna som hypertoni, diabetes, KOL och astma, bl.a genom tidigare förbättringsarbeten. En grupp som vi tycker att vi inte har tillräckligt bra rutiner för identifiering, utredning, behandling och uppföljning av, är patienter med Osteoporos .*

*Osteoporos är en underdiagnosticerad sjukdom som ej ger symptom förrän man drabbas av komplikationer i form av osteoporosrelaterade frakturer. Fraktur i höft, rygg eller handled, som är de vanligaste osteoporosrelaterade frakturerna, medför ofta stort lidande och ökad dödlighet för patienter samt höga kostnader för samhället. Prevalensen i den kvinnliga befolkningen är vid 50 års ålder 2-5% medan den är 50% vid 70-80 års ålder.*

*Riskfaktorer för att drabbas av osteoporos är bl.a. ålder, kvinnligt kön, tidigare lågenergifrakturer, rökning, lågt BMI och långvarig behandling med hög dos kortison. Det är viktigt att identifiera dessa patienter och erbjuda dem adekvat behandling och förebyggande åtgärder för att minska risk att drabbas av osteoporosrelaterade frakturer. Utifrån vår statistik ovan ser vi att andelen av våra äldre patienter (över 75 år) med diagnos osteoporos är låg (7,6%) och ligger mycket lägre än förväntad prevalens av osteoporos hos äldre i samhället (50% av kvinnor vid 70-80 åå). Det talar för att vi har ett stort antal patienter listade hos oss med odiagnosticerad och obehandlad osteoporos. Bland våra osteoporospatienter ser vi att hälften av dessa just nu har pågående benspecifik behandling, vilket delvis kan beror på att de redan fått adekvat behandling, men vi tror också att det finns risk att flera går underbehandlade. Vi ser t.ex att flertalet av våra osteoporospatienter (16%) står på endast behandling med Kalcium och D-vitamin, vilket inte är rekommenderad behandling vid osteoporos. Vi ser även att 50% av våra patienter med polymyalgia reumatika (PMR) ej står på behandling med benspecifik behandling i skydd mot benskörhet. Med anledning av detta vill vi jobba med osteoporos i vårt förbättringsarbete för 2022.*

*I medraveM4 har vi tagit fram följande statistik från våra listade patienter: totalt 7457st. Tidsperiod 200101-211231.*

- 98 patienter har diagnosen Osteoporos (Diagnoser M80, M81)
- Av dessa 98 patienter med osteoporos är 82st (84%) över 70 år. 70 st (71%) är 75år eller äldre. Det ger en prevalens av osteoporos på 7,6% av våra patienter 75 år eller äldre (70 av totalt 920).

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Vibblaby HLM	
Verksamhetschef Peter Johansson	Aktnummer (ifylles av HSF)

- 50% (49st) av patienterna med diagnos osteoporos har pågående benspecifik behandling (Alendronat ATC-kod: M05BA04, Zoledronsyra M05BA08 eller Prolia M05BX04).
- 18 patienter har pågående benspecifik behandling utan diagnos Osteoporos. Av dessa 18 patienter har 10st diagnosen polymyalgia reumatika (PMR).
- 28 patienter har diagnos PMR, varav 14 står på benspecifik behandling. Av de patienter med PMR står 3 st på endast Kalk och D-vitamin.
- 16% (16st) av patienterna med osteoporos har behandling med Kalcium och D-vitamin (ATC-kod: A12AX), men inte benspecifik behandling.
- Totalt antal FRAX utförda, och journalförda med korrekt sökord i journalmall i Take Care (Risk för osteoporotisk fraktur enl FRAX), var under perioden 200101-211231 0 st.

### **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 patienter med osteoporos, samt bli bättre på att hitta, diagnosticera och behandla dessa patienter, då det är viktigt för att minska risken för framtida frakturer.*

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

- Öka antalet av våra listade patienter som har diagnosen osteoporos. Vi vill öka antalet patienter med osteoporosdiagnos från 98 till 150st, tidsatt från 220101 till sista december 2022.
- Öka antalet osteoporospatienter som erhåller benspecifik behandling. Detta antal vill vi öka från 48 till 100 st, tidsatt från 220101 till sista december 2022.
- Öka antalet FRAX riskskattningar till minst 100st under året, tidsatt från 220101 till sista december 2022.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Vibblaby HLM	
Verksamhetschef Peter Johansson	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?

*Vi vill kartlägga våra patienter med osteoporos och patienter med riskfaktorer för osteoporos i syfte att hitta odiagnosticerade osteoporospatienter samt öka andelen av våra osteoporospatienter som får benspecifik behandling. Vi tror att genom att skapa ett tydligt lokalt flödesschema/arbetsätt för identifiering av patienter med riskfaktorer för osteoporos, utredning, samt behandling och uppföljning av patienter med osteoporos, kan göra att vi hittar fler patienter med diagnosen och ge dem korrekt behandling. Vi tror också att vi genom detta flödesschema för våra osteoporospatienter ökar andelen av våra patienter med osteoporos som får korrekt behandling, i rätt tidsperiod och får rätt uppföljning. Det kommer förhoppningsvis även leda till större patientnöjdhet.*

- a. Vi planerar att införa sjuksköterskeledd osteoporosmottagning i team med läkare. Vi vill arbeta med att skapa ett lokalt flödesschema och vårdprogram för identifiering av patienter med hög risk för osteoporos, samt rutiner för utredning och behandling samt uppföljning av våra osteoporospatienter på ett strukturerat sätt. Vi har en etablerad väntelista för alla patienter med pågående benspecifik behandling i syfte att dessa ska automatiskt kallas årligen för provtagning och behandling. Detta minskar risken för att patienter underbehandling "tappas bort" och ej genomgår adekvat behandling.

Vi vill vara proaktiva och erbjuda utredning för osteoporos genom frivillig enkätundersökning till, i första hand, alla våra listade kvinnor över 70 år där vi vet att mörkertalet är stort (cirka 700 patienter). Bland dessa kvinnor vill vi hitta de med väsentliga riskfaktorer för benskörhet. I enlighet med nationellt vårdprogram för osteoporos är den stora gruppen av patienter som är viktigast att utreda för misstänkt osteoporos de som redan har råkat ut för en första osteoporosrelaterad fraktur, nyligen eller tidigare, för att minska risken för nya frakturer. En annan stor patientgrupp är de som är aktuella för/eller står på behandling med kortison peroralt. Bland de som fyller i enkäten med frågor om riskfaktorer för benskörhet, kommer alla enkäter gås igenom av osteoporosansvarig sjuksköterska som utför FRAX-skattning. De som har FRAX > 15% och har riskfaktorerna enligt ovan, skickas för bentäthetsmätning (DEXA) och vidare utredning med prover och efterföljande läkarbesök. De som ej har riskfaktorer enligt ovan, men FRAX > 15%, kommer kallas till sjuksköterska för besök men samtal om levnadsvanor och fallförebyggande åtgärder enligt vårt lokala flödesschema.

Patienter som hör av sig till mottagning, eller inkomna remisser från t.ex. ortopedmottagning efter fragilitetsfraktur, kommer också bokas direkt till osteoporossköterska för FRAX och vidare omhändertagande i samråd med osteoporosansvarig läkare eller patientens PAL.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Vibblaby HLM	
Verksamhetschef Peter Johansson	Aktnummer (ifylles av HSF)

- b. Vi planerar även att ha enkäter liggandes i väntrummet för riskfaktorbedömning avseende benskörheter som patienterna kan fylla i och lämna in i samband med besök på vårdcentralen. Information om vårt förbättringsarbete om osteoporos kommer även skyltas på vår digitala skärm i väntrummet. För att öka samverkan med våra patienter och utvärdera hur denna enkät om benskörheter tas emot av patienterna, kommer vi först göra ett pilot-utskick och utvärdera hur ett mindre antal patienter tar emot och uppfattar denna enkät och uppföljning. Vi kommer erbjuda patienten att välja om de vill ha uppföljning hos distriktssköterska och läkare via digitalt eller fysiskt besök.

**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 = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
<b>Indikator 1</b>	Antal genomförda och korrekt journalförda FRAX-skattningar	0 st	211231	100 st	Med-rave m4	T.ex. dec 2022, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 2</b>	Antal osteoporospatienter med benspecifik behandling	48 st	211231	90 st	Med-rave m4	T.ex. dec 2022, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 3</b>	Antal med diagnoskod osteoporos (M80-82)	98 st	211231	150 st	Med-rave m4	T.ex. dec 2022
<b>Indikator 4</b>						T.ex. dec 2022
<b>Indikator 5</b>						T.ex. dec 2022

**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.*

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Vibblaby HLM	
Verksamhetschef Peter Johansson	Aktnummer (ifylles av HSF)

**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.

Under första kvartalet av 2022 utvecklades en lokal rutin för en sjuksköterskeledd osteoporosmottagning med ett flödesschema för utredning av osteoporos. Flödesschemat för utredning av osteoporos startar antingen utifrån en inkommen remiss för osteoporosutredning, initierat av en läkarna på mottagningen, eller utifrån en inlämnad enkät som vi tagit fram om riskfaktorer för osteoporos. Utifrån enkäten kan sjuksköterskan genomföra FRAX-skattning och handlägga patienten vidare beroende på riskfaktorer och resultatet på FRAX. Vi valde att vara uppsökande och proaktiva genom att erbjuda riskutredning för osteoporos till i första hand våra kvinnliga patienter över 70 år (ca 700st), med ambitionen att alla dessa skulle få möjlighet att fylla i enkäten för riskfaktorer för osteoporos. Vi startade upp vår sjuksköterskeledda osteoporosmottagning genom att skicka ut enkäten digitalt till 10 patienter i taget (kvinnor över 70 år) och utvärderade efter varje omgång hur dessa togs emot, hur sjuksköterskan upplevde arbetet med att gå igenom enkäterna, och gjorde små justeringar i flödesschemat och enkäten efter hand. Bl.a. tog vi tidigt hänsyn till signifikant längdminskning och tog beslut om remiss för DT rygg före ev bentäthetsmätning för att hitta ev. kotkompressioner. Vid utvärderingar fann vi att intresset av att delta i undersökningen var stort hos våra patienter, över 50% valde att fylla i enkäterna som skickades ut digitalt via 1177. Vid utvärdering av flödesschemat framkom att arbetet med att gå igenom inkomna enkäter och genomföra och journalföra FRAX-skattning var mer tidskrävande än vi hade räknat med varför vi under året ej lyckades med att erbjuda enkätundersökningen till hela vår målgrupp som tänkt. Vi fann vidare att intresset för att komma på samtal till sjuksköterska för information om förebyggande livstilsåtgärder för att förebygga fall och frakturer var stort hos våra osteoporospatienter och där fann vi en viss begränsning i resurser att kunna ta emot alla för denna typ av besök. Vi har valt att gå vidare med att ha en etablerad sjuksköterskeledd osteoporosmottagning och tillgång till enkät för riskfaktorer för osteoporos som kan skickas ut till patienter aktivt via 1177, via vår app, åtkomst via receptionen med skyltning väntrummet, alternativt ges till patient i samband med besök på vårdcentralen. Vi har också en etablerad väntelista för patienter som står på benstärkande behandling, där sjuksköterska är ansvarig för att övervaka väntelistan, kalla för provtagning och besök för årlig behandling i samråd med ansvarig läkare.



<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Vibblaby HLM	
Verksamhetschef Peter Johansson	Aktnummer (ifylles av HSF)

### 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)

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel diabetiker 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>	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Antal genomförda och korrekt journalförda FRAX-skattningar	0 st	211231	100 st	67 st	Med-rave m4	221231
<b>Indikator 2</b>	Antal osteoporospatienter med benspecifik behandling	48 st	211231	90 st	60 st	Med-rave m4	221231
<b>Indikator 3</b>	Antal med diagnoskod osteoporos (M80-82)	98 st	211231	150 st	126 st	Med-rave m4	221231
<b>Indikator 4</b>	Kopiera från steg 6	Kopiera från steg 6	Kopiera från steg 6	Kopiera från steg 6		Kopiera från steg 6	T.ex. dec 2022
<b>Indikator 5</b>	Kopiera från steg 6	Kopiera från steg 6	Kopiera från steg 6	Kopiera från steg 6		Kopiera från steg 6	T.ex. dec 2022

### Övriga kommentarer:

### 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 era 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.
- Personalen på vårdcentralen har lärt sig att identifiera riskfaktorer för osteoporos bland våra patienter genom att vara pålästa på vårt lokala flödesschema och vårdprogram för osteoporos. All personal har också fått kunskap om hur man kan initiera osteoporosutredning genom vår sjuksköterskeledda osteoporosmottagning. Alla läkare och sjuksköterskor vet hur man genomför riskskattning med FRAX och hur man journalför detta korrekt. Vi har lärt oss att vi har många patienter på vår mottagning med väsentliga riskfaktorer för osteoporos som vi med relativt enkla medel kan hitta och identifiera genom vår framtagna enkät om riskfaktorer för osteoporos. Vi har lärt oss att genom samarbete mellan personalkategorier på mottagningen kan vi effektivisera och förbättra kvalitén i vårt omhändertagande av patienter med osteoporos. Våra processmått visar på att vårt flödesschema fungerar som vi tänkt oss även om vi inte fullt uppnått målen som var ambitiöst satta.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Vibblaby HLM	
Verksamhetschef Peter Johansson	Aktnummer (ifylles av HSF)

2. Genom patienternas återkoppling har vi förstått att intresset för att utreda för osteoporos och få information om hur levnadsvanor påverkar risk för benskörhetsfrakturer har varit stort. Vi har skapat möjlighet för patienterna att själva välja på vilket sätt de önskar kontakt och uppföljning där de kunnat välja mellan digitala och fysiska möten. De har kunnat fylla i vår enkät om riskfaktorer för osteoporos både digitalt och på papper.

3. Genom att fortsätta använda oss av det interna flödesschemat och vårdprogrammet samt ha vår enkät om riskfaktorer för osteoporos tillgängligt i väntrum och även digitalt för våra patienter, är vår ambition att fortsatt jobba vidare med att aktivt identifiera patienter med osteoporos och ge dem korrekt behandling och uppföljning. Det interna vårdprogrammet revideras årligen för att tillse att det hålls aktuellt.

**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 [forbättringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbättringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)