

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio VC Blackeberg	
Verksamhetschef Tf Kaveh Chamsai	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).

#### 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.

*Kaveh Chamsai, Specialistläkare, Medicinskt ansvarig läkare [kaveh.chamsai@capio.se](mailto:kaveh.chamsai@capio.se)*

Linda Laursen, SSK

Cevinj Ahadpour, SSK

Ida Engqvist, DSK

##### 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.

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 vid granskning av den egna verksamheten (bla genom avläsning i MedRave m4) att vi, avseende osteoporos, har stor förbättringspotential inom ett flertal parametrar.*

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Capio VC Blackeberg	
Verksamhetschef Tf Kaveh Chamsai	Aktnummer (ifylles av HSF)
<p>- Vi noterar att FRAX och DXA inte har registrerats under korrekt sökord för någon av våra osteoporospatienter och således blir detta ett av förbättringsarbetets fokusområden.</p> <p>- Vi noterar att vi, så som de flesta andra enheter, har en alldeles för låg prevalens och detektionsgrad inom vår listade befolkning.</p> <p>- Vi noterar att vi har en alldeles för låg andel patienter som behandlas med benspecifika läkemedel.</p>	
<b>Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete</b>	
Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med?	
Osteoporos	
<b>Steg 3 Övergripande mål</b> – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt (tänk patient- verksamhets- och samhällsnivå)	
<p><i>Vi vill förbättra omhändertagandet av våra osteoporospatienter, få förbättrad patientkännedom/kännedom om patientunderlaget och bli bättre på att identifiera och diagnosticera patienter med osteoporos. Vi vill nå hög följsamhet till rådande behandlingsrekommendationer.</i></p> <p><i>Målet är att alla nydiagnostiserade osteoporoser ska ha föregåtts av FRAX-skattning. Det är även vårt mål att så stor andel som möjligt patienter som har ny diagnos osteoporos också ska ha ett registrerat DXA-resultat då diagnosen definieras med utgångspunkt från T-score. Vi har även som mål att öka andelen korrekt behandlade osteoporoser.</i></p>	
<b>Steg 4 Specifika delmål</b> – 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.	
<p>Öka andelen registrerade FRAX hos patienter med ny osteoporosdiagnos. (M4)</p> <p>Öka andelen registrerade DXA hos patienter med aktuell osteoporosdiagnos. (M4)</p> <p>Öka mottagningsspecifik prevalens och detektionsgrad (GUPS-LUD, M4)</p> <p>Öka andelen som får benspecifik behandling enligt behandlingsrekommendationer (M4)</p>	

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn  
Capio VC Blackeberg

Verksamhetschef  
Tf Kaveh Chamsai

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.

*Finns i stort beskrivet ovan. Delar av arbetet består av ett retrospektivt arbete utifrån kontrollistor för att identifiera bortfall av/felregistrerad data som kan efterregistreras samt för att eftersöka felbehandling/ej tillräcklig behandling (monoterapi calc-d3 el. hel avsaknad av behandling) som bör korrigeras.*

*En större del av arbetet består dock av utformning av rutiner och osteoporosinriktat mottagningsarbete för att säkerställa god kvalitet framgent. Vi granskar hos andra enheter redan etablerade rutiner, bla hos vår systervårdcentral Capio Nockebyhöjden. Vi ser över vårdprogram, SBU-rapporter. Vi försöker utarbeta ett tydligt flöde och en möjlig FRAX-grupp. Ev SSK-mottagning med visst osteoporosfokus vid rådgivning. Målet är att fånga fler osteoporospatienter, säkerställa att de har rätt behandling och att vi dokumenterar på rätt sätt för att kunna bibehålla kontroll och god kvalitet.*

*FRAX-utbildning och osteoporosutbildning via extern föreläsare.*

*Intresse finns för dialog med regional ledning, vårt närmaste akutsjukhus samt närmaste geriatriska klinik. Huruvida detta är praktiskt genomförbart i detta skede är oklart.*

*- Vi ämnar även se över medicinering/behandlingsgrad hos patienter med aktuell diagnos osteoporos. Vi arbetar här till stor del utifrån kontrollistor och eftersöker god efterföljsamhet till rådande evidensläge. Vi eftersöker grad av monoterapi med calcium-d3-preparat med syftet att hålla denna andel så låg som möjligt om specifik indikation till monoterapi ej finns (bristtillstånd etc).*

*- Vi granskar kontrollistor för att säkerställa att samtliga patienter med osteoporosbehandling ska ha diagnos osteoporos. Därefter sker avläsning av antalet patienter med osteoporos. I samband med detta utarbetas rutiner för att eftersöka så hög detektionsgrad som möjligt. Avstämning av mottagningsspecifik prevalens och detektionsgrad via GUPS-LUD och Medrave.*

*Parallellt spår;*

*Fn råder bristande kommunikation mellan länets ortopediska akut/vårdenheter och primärvården specifikt avseende överrapportering av misstänkt osteoporotiska frakturer. Vi ämnar att eftersöka möjlig förbättring av kommunikationsvägarna. Sannolikt är detta inget som rent objektivt kommer gå att mäta i slutet av året men upplevs ändå som en viktig del av det kvalitetsförbättrande arbetet.*

b.

*Ett antal frågor skulle kunna framföras till patienterna i samband med osteoporosinriktad rådgivning. Förslagsvis skulle dessa frågor kunna röra hur rådgivningen upplevs och vilken information som anses extra relevant/viktig/välutformad och vilken information som har varit otydlig/otillräcklig. Feedbacksystemet på så sätt användas för att utveckla den rådgivning som ges.*

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Capio VC Blackeberg	
Verksamhetschef Tf Kaveh Chamsai	Aktnummer (ifylles av HSF)

**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 processmåten, 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
<b>Indikator 1</b>	Andel registrerade FRAX hos patienter med ny osteoporosdiagnos (from 220101)	0%	Jan-22	100%	Medrave	Dec-22 (delmål)
<b>Indikator 2</b>	Andel registrerade DXA hos patienter med ny osteoporosdiagnos (from 220101)	0%	Jan-22	90%	Medrave	Dec-22 (delmål)
<b>Indikator 3</b>	Prevalens	0,73%	Jan-22	1.5%	GUPS-LUD	Dec-22
<b>Indikator 4</b>	Detektionsgrad	50,75%	Jan-22	65%	GUPS-LUD	Dec-22
<b>Indikator 5</b>	Andel behandlade med benaktiva läkemedel >50å + nytillkommen risk	41.7%	Jan-22	-	PVQ	Dec-22

**Kommentar (valfritt):**

M4-data inhämtad med 3 mån-intervall.

GUPS-LUD avläst 220222

Indikator 6: Medrave inhämtar information om aktuell ordination och förekomst av diagnos vilket skapar en felavläsning i det avseende att ett antal patienter har avslutad behandling och då dyker upp som obehandlade. Vi behöver skapa en egen lista för detta med parametrar diagnos och tidigare behandling (förskrivning) istället för aktuell ordination.

**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)

**Information om husläkarmottagning**Mottagningens namn  
Capio VC BlackebergVerksamhetschef  
Tf Kaveh Chamsai

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.

2022 har varit ett år med stora omställningar där vi bla har gjort flertalet nya rekryteringar, omstrukturerat våra arbetssätt och flöden för våra kroniker (hypertoni, dm, astma/kol), omställningar i ledningsgruppen och satsat stort på att ta fram nya arbetssätt för våra digifysiska flöden. Osteoporosarbetet har hängt med under året men främst med fokus på fortbildning där vi har deltagit i ett antal utbildningstillfällen bl.a. med Capio Sollentuna osteoporosmottagning, Anders Karlsson från Amgen, Allmänläkardagen 2022 m.fl.

I september fick vi tillskott av ytterligare en allmänspecialist med del av sin tjänst kopplad till HSV samt en till ST-läkare. Dessa har tillsammans med en ssk (och inom kort sannolikt en usk) bildat vårt osteoporosteam och jobbar sedan hösten med att ta fram nya rutiner och flöden för vårt osteoporosarbete. Dessa nya arbetssätt har ännu inte implementerats. Gruppen kommer att delta i "samarbetsprojekt osteoporos VT2023" som leds av Hans Lundin/APC. ST-läkaren i gruppen kommer under 2023 författa sitt kvalitetsarbete kring osteoporos och sannolikt fortsätta på samma ämne för sitt vetenskapliga arbete.

2022 års kvalitetsarbete har medfört att vi har haft ett betydligt större fokus på osteoporos under våra utbildningstillfällen, i våra diskussioner och i vårt planerande framgent. Vi tycks även ha haft osteoporos i betydligt större åtanke i vårt dagliga arbete då prevalensen ökat från 0.73% till 1.06% (GUPS-LUD) och andelen läkemedelsbehandlade ökat från 41.7% till 53.9% (PVQ) under året utan någon implementerad förändring i arbetssätt/rutin. Årets förbättringsarbete har alltså bidragit med att skapa en stabil grund för ett lyckat förbättringsarbete på samma tema under 2023.

Efter diskussion med Marie Schill vid hennes senaste besök hos oss har vi landat i att vi gärna vill fortsätta med osteoporos som nästa års förbättringsarbete men med något justerade indikatorer och ett något justerat upplägg. Vi har justerat ett antal punkter på del 1 enligt era rekommendationer men avstått att justera en del parametrar (främst indikatorer och mål) då vi inför 2023 års förbättringsarbete bl.a. behöver se över informationsinhämtningen via medrave. Vi kommer behöva skapa egna listor för bla inhämtning av data om andel läkemedelsbehandlade då den data som presenteras i nuläget inte helt motsvarar indikatorerna. Vi behöver även fundera över målen och hur vi anpassar dessa med mer realism.

**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>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Capio VC Blackeberg	
Verksamhetschef Tf Kaveh Chamsai	Aktnummer (ifylles av HSF)

	<b>Indikatornamn</b>	<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>	<i>Andel registrerade FRAX hos patienter med ny osteoporosdiagnos (from 220101)</i>				<i>Ingen väsentlig förbättring då nya arbetssätt inte än implementerats</i>		
<b>Indikator 2</b>	<i>Andel registrerade DXA hos patienter med ny osteoporosdiagnos (from 220101)</i>				<i>Ingen väsentlig förbättring då nya arbetssätt inte än implementerats</i>		
<b>Indikator 3</b>	<i>Prevalens</i>	0,73%	Jan-22	1.5%	1.06%	GUP S- LUD	Dec-22
<b>Indikator 4</b>	<i>Detektionsgrad</i>	50,75 %	Jan-22	65%	56.86% (63.75% 202207)	GUP S- LUD	Dec-22
<b>Indikator 5</b>	<i>Andel behandlade med benaktiva läkemedel &gt;50å + nytillkommen risk</i>	41.7%	Jan-22	-	53.9%	PVQ	Dec-22

**Övriga kommentarer:**

**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.

**Information om husläkarmottagning**

Mottagningens namn  
Capio VC Blackeberg

Verksamhetschef  
Tf Kaveh Chamsai

Aktnummer (ifylles av HSF)

1. 2022 års kvalitetsarbete har medfört att vi har haft ett betydligt större fokus på osteoporos under våra utbildningstillfällen, i våra diskussioner och i vårt planerande framgent. Vi tycks även ha haft osteoporos i betydligt större åtanke i vårt dagliga arbete då prevalensen ökat från 0.73% till 1.06% (GUPS-LUD) och andelen läkemedelsbehandlade ökat från 41.7% till 53.9% (PVQ) under året utan någon implementerad förändring i arbetssätt/rutin. Årets förbättringsarbete har alltså bidragit med att skapa en stabil grund för ett lyckat förbättringsarbete på samma tema under 2023.

2. Då vi ännu inte har fått igång ett patientflöde i tänkt arbetssätt har vi ej heller kunnat använda kunskap från våra patienter.

3. Som nämnt ovan planerar vi att fortsätta arbeta på detta tema under 2023 med deltagande i APC/KI-projekt, utformning och uppstart av ett osteoporosflöde samt kvalitetsarbete utfört av ST-läkare.

**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)