

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hagalunds vårdcentral	
Verksamhetschef Lena Eriksson	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 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.

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.

Ansvarig för arbetet: Distriktsläkare Sarah Bergman.

E-post till kontaktperson: sarah.bergman@regionstockholm.se

Förbättringsteam: Samtliga läkare på vårdcentralen och även Distriktssjuksköterska och övriga sjuksköterskor.

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.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hagalunds vårdcentral	
Verksamhetschef Lena Eriksson	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>

Osteoporos är en vanlig diagnos hos den äldre befolkningen. Vid 50 års ålder har 2-5 % av kvinnorna osteoporos och prevalensen i den kvinnliga befolkningen är vid 80 års ålder närmare 50 %. Osteoporos är en riskfaktor för framtida fraktur. Det är därför viktigt att identifiera patienter som har osteoporos för att erbjuda dem adekvat behandling och prata om förebyggande levnadsvanor. Helst ska man försöka upptäcka och behandla patienterna innan de har fått en fraktur och i andra hand försöka finna de patienter som har fått en "fragilitetsfraktur" för att utreda och behandla eventuell osteoporos i syfte att minska risken för ytterligare frakturer. Prevalenssiffran för patienter med osteoporosdiagnos var för Hagalunds vårdcentral 1,4 % den sista december 2021. Som jämförelse var denna siffra 1,1 % för Stockholms län. 44,1 % av patienterna på Hagalunds vårdcentral hade benspecifik behandling vilket ligger på samma nivå som för Stockholms län. Inga osteoporospatienter hade KVÅ kodats med kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet. Endast för 63 % av osteoporospatienterna fanns angivet BMI och av dessa hade 16 osteoporospatienter starkt avvikande BMI. Nu pågår dessutom arbete med frakturkedjor på akutsjukhusen vilket kommer att innebära ökat antal remisser till vårdcentralen för uppföljning efter frakturer och osteoporosutredningar.

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. Det är viktigt för att minska risken för framtida frakturer och framtida handikapp. Det är även viktigt för att minska smärta och lidande för patienten.

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.

Målet med detta kvalitetsarbete är att kartlägga våra patienter med osteoporos men också att se hur många som har fått frakturdiagnos det senaste året och som är ≥ 50 år i syfte att hitta odiagnosticerad osteoporos.

Vi vill öka andelen som får behandling bland de obehandlade och därigenom förebygga framtida frakturer.

- *Vi vill öka antalet patienter med osteoporosdiagnos.*
- *Vi vill öka kunskapen hos våra patienter om riskfaktorer för osteoporos och hur man utreder och behandlar tillståndet.*
- *Vi vill öka andelen patienter som erhåller benaktiv läkemedelsbehandling.*

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hagalunds vårdcentral	
Verksamhetschef Lena Eriksson	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 [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 [QR:s verktygslåda](#).

- a.
- Vi vill förbättra vår diagnossättningsgrad och bli bättre på att utreda osteoporos hos våra patienter som är ≥ 50 år.
 - Vi vill öka våra patienters medvetenhet om diagnosen osteoporos och i vilken grad risken för fraktur ökar med stigande ålder och andra påverkbara levnadsvanor såsom: rökning, fysisk aktivitet och BMI.
 - Vi vill bli bättre på att utreda patienter med "fragilitetsfraktur" och som är ≥ 50 år. Vid förhöjd risk för osteoporotisk händelse även skicka remiss för bentäthetsmätning.
 - Vi kommer att implementera förbättringsidéerna genom att öka kunskapen om osteoporos både bland medarbetare på vårdcentralen och bland de äldre patienterna. Vi kommer även att genomföra osteoporosutredning bland de patienter som är i riskgrupp – tex de med kortisonbehandling och KOL diagnos.

- b.
- Det viktiga är att informera patienterna kring risker, ge rätt behandling, undervisa patienterna i egenvård. Patienter med fragilitetsfraktur under år 2021, men ingen osteoporosdiagnos som också är över 50 år kommer att kallas och under besöket få fylla i FRAX och uppgifter om de röker, vikt, längd och om de uppnår den dagliga rekommendationen för motion.
 - Patienter som redan har osteoporosdiagnos ska i samband med sitt årliga läkarbesök eller sjuksköterskebesök mätas och vägas. Även levnadsfaktorer såsom rökning, motion och matvanor ska diskuteras. Vid behov ska remisser utfärdas till rökavvänjningssjuksköterska, sjukgymnast och till dietist.
 - De patienter som bedöms vara i behov av benspecifik behandling kommer att informeras om att sådan behandling rekommenderas. Patienterna kommer på så sätt att kunna uttrycka sina synpunkter och vårdönskemål efter att ha blivit informerade om sin osteoporosdiagnos och de behandlingsalternativ som finns.

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 snabbpirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad.) Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmåttet, 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. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol.	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hagalunds vårdcentral	
Verksamhetschef Lena Eriksson	Aktnummer (ifylles av HSF)

	Antal snabbspirometri per vecka		start-läge			mål-värdet
Indikator 1	Prevalens för osteoporosdiagnos	1,4 %	211231	1,42 %	Primärvårdskvalitet	20221231
Indikator 2	Andel med benaktiv läkemedelsbehandling	44,1 %	211231	47 %	Primärvårdskvalitet	20221231
Indikator 3	Andel osteoporospatienter som har dokumenterad längd och vikt (BMI)	63 %	220101	70 %	Medrave m4	20221231
Indikator 4	Andel av osteoporospatienterna där det finns dokumenterat rökstatus	40%	220101	70 %	Medrave m4	20221231
Indikator 5	Antal med KVÅ –kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet	0 st	220101	15 st	Medrave m4	20221231

Kommentar (valfritt):

Ovanstående data är hämtat från MedRave och Primärvårds kvaliteten.

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

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.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hagalunds vårdcentral	
Verksamhetschef Lena Eriksson	Aktnummer (ifylles av HSF)

Läkarna på vårdcentralen har i ökad utsträckning börjat utreda riskindivider för osteoporos genom att ta anamnes, osteoporosblodprover och skicka remiss för bentäthetsmätning. Dessutom ordinerar benspecifika läkemedel i ökad utsträckning till de patienter som bedöms vara i behov av sådan behandling.

Sjuksköterskorna på vårdcentralen som administrerar den benspecifika behandlingen har i samband med besöket då benspecifik läkemedelsbehandling administreras, börjat dokumentera längd, vikt, rökstatus och samtalat med patienterna om fysisk aktivitet.

Vi har också under hösten 2022 kallat osteoporosriskpatienter (enligt utdrag från Primärvårdskvalitet) som inte har benspecifik läkemedelsbehandling för bedömning om de bör ha benspecifik läkemedelsbehandling.

Resultatet som har uppnåtts är ökad prevalens för osteoporosdiagnos på vårdcentralen. Vi har ökat osteoporosdiagnoserna från 1,4 % till 1,5 %. Andelen med benaktiv läkemedelsbehandling har ökat från 44,1 % till 54 %. Vi har också i ökad utsträckning dokumenterat rökstatus, längd och vikt även om målnivåerna inte helt har uppnåtts. Vi hade som mål att 15 st kvalificerade samtal om fysisk aktivitet skulle genomföras, men tyvärr har endast 5 osteoporospatienter fått samtal om fysisk aktivitet.

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
Indikator 1	Prevalens för osteoporosdiagnos	1,4 %	211231	1,42 %	1,5 %	Primärvårdskvalitet	20221231
Indikator 2	Andel med benaktiv läkemedelsbehandling	44,1 %	211231	47 %	54 %	Primärvårdskvalitet	20221231
Indikator 3	Andel osteoporospatienter som har dokumenterad längd och vikt (BMI)	63 %	220101	70 %	69,4 %	Medrave m4	20221231
Indikator 4	Andel av osteoporospatienterna där det finns dokumenterat rökstatus	40%	220101	70 %	61,1 %	Medrave m4	20221231

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hagalunds vårdcentral	
Verksamhetschef Lena Eriksson	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 5	<i>Antal med KVÅ -kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet</i>	0 st	220101	15 st	5 st	Med- rave m4	20221231
--------------------	--	------	--------	-------	------	--------------------	----------

Övriga kommentarer:

Ovanstående data är hämtat från MedRave och Primärvårdskvalitet.

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 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.
Vi har lärt oss att i högre utsträckning än tidigare utreda riskindivider för osteoporos och även sätta in benspecifik läkemedelsbehandling när det är indicerat. Vi har i ökad utsträckning än tidigare samtalat med patienterna om BMI, rökning och fysisk aktivitet. I fall med lågt BMI har patienterna erbjudits remiss till dietist och vid förekomst av rökning remiss för rökavvänjning.

2.
Riskpatienter som inte haft behandling med benspecifika läkemedel har blivit kallade (enligt utdrag från Primärvårdskvalitet) och därigenom involverats i vården. Vid förekomst av nytillkommen fraktur som handlagts på sjukhus, har remiss inkommit till vårdcentralen och patienterna har blivit kallade för osteoporosutredning.

3.
Vi avser att fortsätta att utreda patienter för osteoporos och efter utredning sätta in benspecifika läkemedel om det anses indicerat. I samband med den benspecifika läkemedelsadministreringen som ges av sjuksköterska ska även samtal kring vikt, längd, rökning och fysisk aktivitet genomföras. Vid behov kommer även remiss för rökavvänjning, dietistrådgivning och sjukgymnast att skickas.

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