

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Kry Vårdcentral Sundbyberg	
Verksamhetschef Matilda Ardelius Holmberg	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](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.**

*Fotini Eleftheriadou, specialist i allmänmedicin, [fotini.eleftheriadou@ad.kry.se](mailto:fotini.eleftheriadou@ad.kry.se)*

*Noémi Djuricic, ST-läkare*

*Daniella Thimgren Kauppi, sjuksköterska*

*Hiba El-Hajj, sjuksköterska*

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

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Kry Vårdcentral Sundbyberg	
Verksamhetschef Matilda Ardelius Holmberg	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.

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 har blivit en av de stora folksjukdomarna i Sverige. Risken för osteoporos ökar med åldern och är vanligare bland kvinnor. Cirka 50 procent av alla kvinnor och 25 procent av alla män i Sverige beräknas få en benskörhetsfraktur under sin livstid. Sjukdomen är gravt underdiagnostiserad och underbehandlad.*

*Vi ser i Medrave m4 att på Kry Vårdcentral Sundbyberg under perioden 201214-211213 på finns det 518 listade patienter över 50 år med riskfaktorer för fraktur (356 kvinnor och 162 män), av dessa 8 patienter (2%) har dokumenterad FRAX-index och 1 patient (<1%) har dokumenterad DXA. Vi ser också att det är 94 listade patienter över 50 år med diagnos osteoporos (M80-M82), varav 68 (72%) av dessa 94 patienter står på benspecifik behandling. Vi har också 154 st patienter över 50 år som står på oral kortisonbehandling, av dessa får 24% benspecifik behandling. Dessa låga siffror är sannolikt så för troligen är för att medrave inte detekterar att det är gjort, då man sannolikt skrivit ut det i löpande text och inte under sökrutorna.*

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

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

*Vi kommer jobba med Osteoporos*

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

*Vi vill öka dektektionsgraden och tidigarelägga identifikationen av patienter med risk för osteoporotisk fraktur för att kunna erbjuda dessa patienter benspecifik behandling i de fall det är indicerad och på så sett minska framtida frakturer där diagnos och behandling ställs först efter skadetillfället. Det är viktigt för det skulle innebära mindre lindade för patienterna, då osteoporosfrakturer leder ofta till betydande funktionsnedsättning, försämrad livskvalitet och ökad risk för annan sjuklighet och förtidig död.*

**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.

1. Öka andel listade patienter över 50 år med frakturrisik som har dokumenterad FRAX, realistiskt att 50% av patienterna med riskfaktorer ska ha dokumenterad FRAX tom 221231.
2. Öka dektektionsgraden av osteoporos tom 221231.
3. Öka andel patienter med osteoporos som får benspecifik behandling, realistiskt att 85% av patienterna med osteoporos ska ha benspecifik behandling tom 221231.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Kry Vårdcentral Sundbyberg	
Verksamhetschef Matilda Ardelius Holmberg	Aktnummer (ifylles av HSF)

4. *Öka andel patienter med kortisonbehandling (prednisolon 5 mg eller mer i över 3 månader) som får benspecifik behandling, realistiskt att öka till att 50% av patienterna med kortisonbehandling enligt ovan ska ha benspecifik behandling tom 221231.*

#### 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 verktyglåda](#).
- a. *Vi kommer införa ett flödesschema med bland annat ett frågeformulär för att snabbare kunna identifiera, utreda och behandla patienter med frakturrisik och osteoporos.*
- b. *Vi kommer lägga fokus på att framförallt sköterskemottagningarna, äldremottagningen och hemsjukvården använder sig av frågeformuläret för att snabbare kunna identifiera patienter med frakturrisik och boka vidare till läkare alternativt osteoporosansvarig sköterska för vidare bedömning med bland annat FRAX.*
- c. *Göra en tilläggsmall i TC för osteoporos/risk för fraktur där bland annat FRAX och DXA finns som sökord, för att lättare dokumentera rätt i journalen.*
- d. *Föreläsning i läkar- och sjuksköterskegruppen för att uppdatera rutiner och riktlinjer kring frakturrisik, utredning av osteoporos och behandling av osteoporos.*
- e. *Sätta alla med benspecifik behandling på en årlig kallelslista.*

- a. Dela ut patientinformation om riskfaktorer för osteoporos och ökad frakturrisik.
- b. Dela ut frågeformulären i kassan till de patienter som är bokade till sjuksköterskebesök.

#### 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. 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 Kry Vårdcentral Sundbyberg	
Verksamhetschef Matilda Ardelius Holmberg	Aktnummer (ifylles av HSF)

	Antal snabbspirometri per vecka		start-läge			mål-värdet
<b>Indikator 1</b>	Andel genomförda FRAX	2,0 %	210301	50,0 %	Medr ave 4m	221231
<b>Indikator 2</b>	Prevalens osteoporos	1,8 %	210301	2,3%	Medr ave 4m	221231
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter med riskfaktorer för fraktur med diagnos osteoporos	26,0 %	210301	50,0 %	Medr ave 4m	221231
<b>Indikator 4</b>	Andel patienter med osteoporos och benspecifik behandling	72,0 %	210301	80,0 %	Medr ave 4m	221231
<b>Indikator 5</b>	Andel patienter med kortisonbehandling med benspecifik behandling	24,0 %	210301	50,0 %	Medr ave 4m	221231

**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 fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.*

**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)

## 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 Kry Vårdcentral Sundbyberg	
Verksamhetschef Matilda Ardelius Holmberg	Aktnummer (ifylles av HSF)

Planen var att öka detektionsgraden av patienter med osteoporos. Vi började genom att utveckla ett fråge/screeningformulär som delades till sjuksköterskemottagningarna (astma/KOL, diabetes, hjärtsvikt, äldremottagning) samt hemsjukvården. Fråge/screeningformuläret skulle hjälpa identifiera de patienter med riskfaktorer som behövde bokas vidare till osteoporosansvarig sjuksköterska för att påbörja utredning eller bokas till läkare för insättning av behandling enligt riktlinjerna på viss.nu. Efter 1 månad kom vi fram till att sjuksköterskemottagningarna inte hann med att fylla i formuläret i samband med besöket. Vi provade igen genom att bara lämna ut till patienten som sedan lämnade de ifyllda formulären till receptionen, därefter skulle de kontaktas av osteoporosansvarig sjuksköterska för vidare handläggning. Vi provade i 1 månad men dessvärre så fungerade inte heller då det glömdes delas ut till patienterna, samma när vi lämnade ut formulären i receptionen är man skulle ge den till patienterna som var inbokade på sjuksköterskemottagning. Detta har inte fungerat för att det glöms bort pga tidsbrist.

Vi har tagit fram lokala rutiner för vårdcentralen, då det inte fanns, för att lättare kunna detektera och utreda patienter med riskfaktorer för osteoporos samt följa upp behandling, compliance, behandlingseffekt av de redan har osteoporos.

Vi införde en väntelista med alla på vårdcentralen listade patienter med diagnos osteoporos och patienter med benspecifik behandling, då vi upptäckte att vissa patienter glömdes bort/inte kom på besök och därmed inte följes upp. På så sätt har vi kunna kalla patienter till läkare-sjuksköterskebesök för bedömning/uppföljning. Vi gick igenom genom journalgranskning alla listade patienter med diagnos osteoporos och kontrollerade om de hade behandling eller inte samt om de behövde kallas för uppföljning/bedömning. Vi gick även igenom alla patienter med pågående benspecifik behandling som stod på Zolendronsyra och Prolia (vi har ej hunnit igenom po behandling med bifosfonater) och inte hade registrerad diagnos osteoporos registrerad i diagnoslistan. Planen var att även gå igenom patienter med pågående po kortisonbehandling 5 mg eller mer i över 3 månader som inte har benspecifik behandling och kalla dem till läkarbesök, vi har inte hunnit med detta eftersom man behöver journalgranska och läsa i journal om man redan har tagit ställning till detta eller inte.

Personalen (ffa läkare och sjuksköterskor) har haft flera fortbildningstillfällen om osteoporos, dessa handlade bland annat om utredning och behandling, Prolia, FRAX.

Vi har försökt utveckla en sjuksköterskeledd osteoporosmottagning, men det har inte riktigt gått enligt plan pga personalbrist.

## 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>	Andel genomförda FRAX	2,0%	220301	50%	5%	Medra ve4	221231
<b>Indikator 2</b>	Prevalens osteoporos	1,8%	220301	2,3%	2,5%	Medra ve4	221231
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter med riskfaktorer för fraktur med	26%	220301	50%	34%	Medra ve4	221231

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Kry Vårdcentral Sundbyberg	
Verksamhetschef Matilda Ardelius Holmberg	Aktnummer (ifylles av HSF)

	<i>diagnos osteoporos</i>						
<b>Indikator 4</b>	<i>Andel patienter med osteoporos och benspecifik behandling</i>	72%	220301	85%	80%	Medra ve4	221231
<b>Indikator 5</b>	<i>Andel patienter med kortisonbehandling med benspecifik behandling</i>	24%	220301	50%	22%	Medra ve4	221231

**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 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.
- Kontinuerlig fortutbildning av personalen om osteoporos samt införandet av lokala rutiner på vårdcentralen har lett till att personalen blivit mer uppmärksam på osteoporos, och lett till att prevalensen (på listande patienter över 50år på vårdcentralen med diagnos osteoporos), har ökat, det har också lett till att personalens kompetens har ökat och man lättare kan fatta beslut om diagnos och behandling.*

*-Väntelista där patienter kallas till uppföljning/behandling är viktigt då den minskar risken för att patienten inte får sin behandling eller uppföljning i tid. Med hjälp av den har vi hittat patienter som har diagnos men inte behandling, har pågående behandling med inte diagnos, där behandling har givits utan behandlingskontroll.*

*-Många patienter med po kortisonbehandling står fortfarande utan osteoporosförbyggande behandling, trots utbildningen och rutinerna som implementerats, vi behöver jobba vidare med att identifiera varför. Vi vet att vissa av dessa patienter får sin kortisonbehandling på sjukhusmottagningar tex reumatologen, vilket leder till att vi tappar bort dem då vi inte ansvarar för denna behandling, men vi behöver bli bättre både att behandla dem om vi ser att patienter står på kortison samt att skicka remisser till sjukhusmottagningarna som initierat behandlingen om man behöver ta ställning till osteoporosförbyggande behandling för att på så sätt även öka sjukhusmottagningen medvetenhet om osteoporosförbyggande behandling så att de antingen tar ställning till det eller de skickar remiss till VC för det.*

*-FRAX är ett bra verktyg men svårt att ha som indikator då personalen inte använder sökordet eftersom man behöver söka fram det in journalmallen och addera den, hade vi gjort en journalgranskning hade vi med stor sannolikhet hittat flera patienter med dokumenterad FRAX i fritext.*

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Kry Vårdcentral Sundbyberg	
Verksamhetschef Matilda Ardelius Holmberg	Aktnummer (ifylles av HSF)

2. *Patienterna har fått skriftlig patientinformation om osteoporos i väntrummen. Kunna boka in patient med nydiagnostiserad osteoporos till osteoporosansvarig sjuksköterska för mer information om diagnos och behandling. När sjuksköterskeledda osteoporosmottagnigen kommer igång sp kommer patienter kunna boka in sig där själva.*

3.  
*Vi planerar att prova med att lämna ut fråge/screeningformuläret igen men denna gång lägga den bland patientinformationen om osteoporos som ligger i väntrummen.  
Vi kommer jobba vidare med att journalgranska patienter med pågående po kortisonbehandling 5 mg eller mer i över 3 månader som inte har benspecifik behandling och kalla dem, där ingen bedömning gjorts, för bedömning.  
Vi fortsätter utveckla en sjuksköterskeledd osteoporosmottagning.  
Vi fortsätter jobba vidare och vid behov förbättra de lokala rutinerna som vi utarbetat.  
Vi fortsätter jobba vidare med hur vi kan identifiera patienter med riskfaktorer via sjuksköterskemottagningarna."  
Lägga in FRAX som standardsökord i alla journalmallar.*

**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)