

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Surbrunns Vårdcentral	
Verksamhetschef Erik Embring	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 [forbatteringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbatteringsarbeten.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 viktigt 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.**

Sophia Hansson, ST-läkare, [sophia.k.hansson@gmail.com](mailto:sophia.k.hansson@gmail.com) (kontaktperson).

Erik Embring, specialist i allmänmedicin, handledare till Sophia Hansson, verksamhetschef, [erik.embring@regionstockholm.se](mailto:erik.embring@regionstockholm.se)

Carina Sörman, distriktssjuksköterska

Christina Nordin, distriktssjuksköterska

##### **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.

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Surbrunns Vårdcentral	
Verksamhetschef Erik Embring	Aktnummer (ifylles av HSF)

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.

Osteoporos är en folksjukdom och diagnosen ställs vanligtvis inom primärvården som också sköter behandlingen. Behandlingen består av två delar; farmakologisk behandling och patientens egenvård. Vi har tittat på om Surbrunns Vårdcentral följer behandlingsriktlinjer vid diagnostiserad osteoporos under 2021. Via Medrave 4 kunde patientunderlaget inhämtas och därefter kontrollerades patienternas behandling i TakeCare. Enheten hade under 2021 162 patienter som erhållit med diagnosen osteoporos (ICD: M800 - M821). Av dem uteslöts patienter med skyddad ID, patienter som under året har avlidit eller bytt vårdcentral samt patienter som tillhörde hemsjukvården. Kvar fanns 111 patienter med diagnoskod enligt ovan och dessa studiedeltagare har använts som utgångspopulation för att identifiera möjliga förbättringsområden.

Genom retrospektiv journalgranskning kunde vi konstatera:

- 1) Patienter med osteoporosdiagnos på Surbrunns Vårdcentral har till stor andel en pågående läkemedelsbehandling (76%). Majoriteten av patienterna är ordinerad "Kloka Listans" förstahandspreparat, zolendronsyra, eller andrahandsalternativet, alendronat. Patienter utan behandling beror främst på patientens autonomi, att diagnos har ställts och patienten väntar på första behandling eller att patienten har behandlats i tre-fem år och nu väntar på uppföljande bentäthetsmätning.
- 2) Utöver farmakologisk behandling framhäver Kloka Listan vikten av hälsosamt leverne för att minska risken för frakturer hos patienter med diagnostiserad osteoporos. Vid journalgranskning kunde ses att en mycket liten andel har fått specificerad, journalförd, information kring vilken typ av fysisk aktivitet som är gynnsam. Likaså hade en låg andel dokumenterade alkoholvanor och rökvanor. Genom "stickprov" tillfrågades patienter om diagnosen och faktorer de själva kunde påverka. De patienter som tillfrågades visste de inte vilken typ av träning de skulle genomföra eller vilka andra påverkbara faktorer så spelade in. Behandlingsriktlinjer specificerar viktbara fysisk aktivitet, fysisk aktivitet på recept (FaR) och för äldre patienter träning med fokus på balans och styrka. I Region Stockholm erbjuds dessutom "osteoporoskola" vid vissa rehabiliteringsenheter, till vilken patienterna kan remitteras eller hänvisas. Utöver detta finns även möjlighet till insatser kring rökning och riskbruk av alkohol som är två, för patienterna, påverkbara riskfaktorer för osteoporosrelaterad fraktur.

### **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 med detta arbete förbättra omhändertagandet av våra patienter med bekräftad osteoporos genom att tydligare framföra vikten påverkbara faktorer, där patienten själv har stor delaktighet. Vi vill på detta sätt minska risken för att den enskilda patienten ådras sig en osteoporosrelaterad fraktur vilket ofta leder till stort lidande, funktionsnedsättningar och ökad mortalitet. På

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Surbrunns Vårdcentral	
Verksamhetschef Erik Embring	Aktnummer (ifylles av HSF)

samhällsnivå kostar osteoporosrelaterade frakturer mycket pengar och kräver stora resurser via akutsjukhus, geriatrik, primärvård och hemsjukvård.

**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.

För patienter med diagnostiserad osteoporos:

1. Öka andelen patienter som får journalförda specificerade råd på fysisk aktivitet senaste 12 månaderna.
2. Öka andelen som fått FaR.
3. Öka andelen som remitterats eller hänvisats till osteoporosskola.
4. Öka andelen journalförda rökvanor.
5. Öka andelen journalförda alkoholvanor.

**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 ska försöka höja kunskapsnivån kring egenvård hos patienter med osteoporos hos såväl personal som patienter. Genom att identifiera förekomst av rökning och riskbruk av alkohol kan patienterna informeras om dessa som riskfaktorer och vid behov erbjudas hjälp att minska sin konsumtion. Vi vill också att patienterna ska få riktade råd till gynnsam fysisk aktivitet. Vårdpersonal, som träffar denna patientgrupp, kommer att få information från föreläsning, skriftligt och kan vid behov fråga studieledaren.

Distriktsjuksköterska: Vid infusion av zolendronsyra avsätts en timme i distriktsjuksköterskans (dsk) kalender, sedan innan. Lämpliga patienter bör erbjudas information om osteoporos och påverkbara faktorer. Dsk har då också möjlighet att ge specificerade råd kring fysisk aktivitet, skriva FaR och/eller remittera till osteoporosskola. Vid detta tillfälle kan också patienten tillfrågas om rökning och dsk kan identifiera riskbruk av alkohol samt informera patienterna om att detta är faktorer som patienten själv kan påverka för att minska risken för framtida osteoporosrelaterad fraktur. Patienterna kan också få information om vad vården kan erbjuda för att minska konsumtionen.

Läkare: Vid obehandlad eller tablettbehandlad osteoporos åligger det läkaren att informera patienten samma sak som dsk gör vid infusion Zolendronsyra.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Surbrunns Vårdcentral	
Verksamhetschef Erik Embring	Aktnummer (ifylles av HSF)

b) Redan inför detta projekt tillfrågades några slumpmässigt utvalda patienter om kännedom kring egenvård vid osteoporos. Patienterna hade dålig insikt i vad de själva kunde bidra med och det fanns intresse om att lära sig mer om sin diagnos. Patienterna kan, under projektets gång, informeras kring att detta är ett nystartat projekt och tillfrågas om informationen har varit värdefull och nytt för dem. De kan, genom öppna frågor, få möjlighet att ge sin input.

**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 snabbspirometrier 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 start-läge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå mål-värdet
<b>Indikator 1</b>	Fått specifika råd kring fysisk aktivitet (journalfört).	1,8%	210101–211231	20%	Take Care	221231
<b>Indikator 2</b>	Erhållit FaR.	1%	210101–211231	10%	Take Care	221231
<b>Indikator 3</b>	Blivit erbjudna remiss till "osteoporoskola"	1,8%	210101–211231	20%	Take Care	221231
<b>Indikator 4</b>	Har journalförda rökvanor.	6%	210101–211231	50%	Take Care	221231
<b>Indikator 5</b>	Har journalförda alkoholvanor	6%	210101–211231	50%	Take Care	221231

**Kommentar (valfritt):** Vi är väl medvetna om att indikator 3 och 4 är låga siffror jämfört verkligheten. Flertalet patienter välkända för sina husläkare (vi har hög kontinuitet!) varför redan känd information inte återfrågas/journalförs. Indikator 1, 2 och 3 påminner om varandra och det är inte nödvändigtvis av värde att patienterna erhåller alla tre. Indikator 3 kan till exempel tänkas ersätta indikator 1.

**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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Surbrunns Vårdcentral	
Verksamhetschef Erik Embring	Aktnummer (ifylles av HSF)

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.

- Berörd vårdpersonal har fått information kring patientens roll vid osteoporos muntligt och skriftligt. De har under året 2022 blivit påminda om projektet.
- Vi har valt patientens roll vid osteoporosbehandling. Vi har valt att försöka förbättra samtliga fem indikatorer under steg 6.
- Redan tidigt noteras att patienterna, vid ett läkarbesök, sällan hinner få informationen kring fysisk aktivitet/ FaR /remiss till osteoporosskola. Många gånger har patienten flera besvär, många diagnoser, där profylaktiskt arbete kan bli åsidosatt. Vi har insett att de patienter som får Zolendronsyrainfusion, där ett besök hos distriktsjuksköterskan är avsatt bara för det ändamålet, är den patientgrupp där vi har haft störst möjlighet att nå fram gällande påverkbara faktorer. Vi har ändå valt att inte rikta in oss på just patienter som får Zolendronsyra av distriktsjuksköterska, utan den behandlande personalen har fått avgöra om det bedöms tidsmässigt värdefullt (för patienten och i förhållande till andra diagnoser) att prioritera detta arbete. Varje patient vi kan nå med insatser får anses som en framgång.

### 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 Andel patienter med diagnostiserad osteoporos som...	Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
<b>Indikator 1</b>	Fått specifika råd kring fysisk aktivitet (journalfört).	1,8%	210101-211231	20%	22%	Take Care	221231
<b>Indikator 2</b>	Erhållit FaR.	1%	210101-211231	10%	6%	Take Care	221231

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Surbrunns Vårdcentral	
Verksamhetschef Erik Embring	Aktnummer (ifylles av HSF)

<b>Indikator 3</b>	Blivit erbjudna remiss till "osteoporoskola"	1,8%	210101-211231	10%	18%	Take Care	221231
<b>Indikator 4</b>	Har journalförda rökvanor.	6%	210101-211231	50%	54%	Take Care	221231
<b>Indikator 5</b>	Har journalförda alkoholvanor	6%	210101-211231	50%	40%	Take Care	221231

**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.

1A) Patienter som inte har en pågående farmakologisk behandling för osteoporos tillfrågas inte lika ofta om rökning, alkohol eller erhåller specificerade rekommendationer kring fysisk aktivitet/erhåller FaR/remiss till osteoporoskola.

1B) Multisjuka patienter / patienter som erhållit många diagnoskoder vid sitt läkarbesök får sällan specifika råd kring fysisk aktivitet.

1C) Patienter som får Zolendronsyreinfusion är den patientgrupp som i högst utsträckning tillfrågas kring rökning, alkohol och får råd kring fysisk aktivitet och/erhåller FaR/informeras om osteoporoskola. (Disktrijsjuksköterskorna har gjort en fantastisk insats!). Tänk vilka insatser som kan erbjudas om det bara finns tid!

2. Redan inför projektet använde vi oss av patienternas kunskap (eller snarare okunskap) om egenvård vid osteoporos. Framförallt vid Zolendronsyreinfusion har patienterna haft möjlighet att ställa frågor kring sin diagnos, få träningsråd och där sköterskorna har kunnat informera om och erbjuda osteoporoskola. I de fall riskbruk alkohol och/eller rökning har noterats har patienterna informerats om detta som riskfaktor och erbjudits hjälp. Patienter upplevs nöjda med given information.

3. Berörd personalgrupp kommer informeras om resultatet. Det finns troligen ytterligare förbättringspotential kring specifik rådgivning kring fysisk aktivitet, FaR och remisser till osteoporoskola. Distriktsjuksköterskorna ska få utvärdera hur det har varit att informera om osteoporos, riskfaktorer och egenvård. Räcker tiden till? Är det på bekostnad av något annat? Se över möjligheten skriftlig patientinformation om osteoporos att lämna ut till patienterna i de fall personal inte hinner med. Möjligen kan man utvärdera arbetet genom att, via enkät, till personalen, utvärdera varför alla patienter inte får information (tidsbrist? ej lämplig patient? andra diagnoser "väger tyngre"?)

**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)

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn Surbrunns Vårdcentral	
Verksamhetschef Erik Embring	Aktnummer (ifylles av HSF)