

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: Osteoporos

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Capio Vårdcentral Farsta	
Verksamhetschef Ulrika Olsson Jansén	Verksamhetschefens e-post Ulrika.olssonjansen@capio.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med <b>del 1</b> ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda <a href="mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se">forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se</a> senast den <b>28 februari 2024</b>, <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>Denna mall med även <b>del 2</b> ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den <b>31 januari 2025</b> <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på <a href="https://vardgivarguiden.se/">https://vardgivarguiden.se/</a> sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till <a href="mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se">rita.fernholm@regionstockholm.se</a>.</p> <p><b>Radera EJ text i grå fält.</b></p>	

## DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Ulrika Olsson Jansén
Profession: verksamhetschef
E-post: Ulrika.olssonjansen@capio.se
<h3>Att involvera flera</h3> <p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.</li><li>• Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning men låt inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidotjänstgöring, det kan bli sårbart.</li><li>• Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras).</li></ul> <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>
A: Victoria McCartan ST läkare, Sara Zimmerman bitr VC chef, Tore Abrahamsson MAL, Gona Fazil Fatih DSK.

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B: Vi planerar att den sjuksköterska som ger infusionen intervjuar patienten utifrån en utarbetad mall.

-Hur de upplever att informationen om sjukdom och behandlingar varit.

-Vet patienten hur/vad den själv skall göra?

### Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat.

- Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)
- Har det kommit nya riktlinjer där följsamheten skulle kunna öka? (som hjärtsvikt eller diabetes t.ex.)
- Finns det bra exempel från andra enheter att ta inspiration från?

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>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/>  
Under "Stödmaterial för kvalitetsarbete"

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

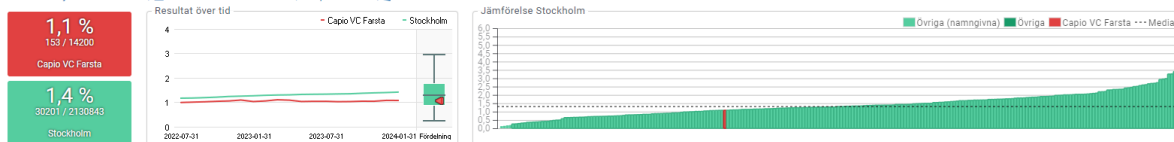
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

### Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

*Vi ser i primärvårds kvalitét att vi ligger under i förekomst av diagnos osteoporos på vårdcentral 1,1% mot 1,4% i Stockholm och under i andel som fått läkemedelsbehandling mot benskörhet av personer 50 år och äldre med nytilkommen hög risk för benskörhetsfraktur i den listade befolkningen 43,9% mot 55,5% mot Stockholm.*

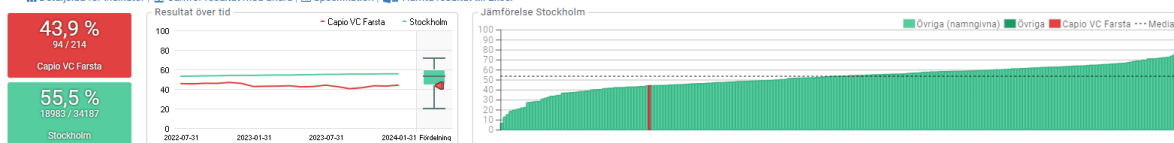
☆ Os01: Förekomst av diagnos osteoporos på vårdcentral

[i](#) Detaljsida för indikator [j](#) Jämför resultat med andra [s](#) Specifikation [h](#) Hämta resultat till Excel



☆ Os03: Andel som har läkemedelsbehandling mot benskörhet av personer 50 år och äldre med nytilkommen hög risk för benskörhetsfraktur i den listade befolkningen

[i](#) Detaljsida för indikator [j](#) Jämför resultat med andra [s](#) Specifikation [h](#) Hämta resultat till Excel



*Vi vill bli bättre på att diagnostisera patienterna och se till att de får rätt behandling.*

*Vi vill även att våra patienter ska följas upp regelbundet och att behandlingsbehovet kontinuerligt ska utvärderas. T.ex kan de patienter som har en mycket hög risk för lågenergifrakturer behöva förlängd behandlingstid.*

*Aven de patienter som under behandlingsuppehåll får en ny fraktur kan behöva en ny behandlingsomgång.*

*Vi vill därför utforma ett bättre och säkrare flöde på våra osteoporospatienter både när det gäller att fånga upp dem och ställa diagnosen, men också fokusera på kontinuitet och uppföljning.*

*Allt detta med fokus på att förebygga och förhindra det stora lidande som osteoporos kan leda till om det ej diagnosticeras i tid. Lidandet innefattar smärtsamma frakturer, sjukhusvistelser som ökar risken för infektioner, sämre mobilitet och i slutändan även isolering och död. Efter en höftfraktur är mortaliteten förhöjd de närmsta månaderna, 20 % är döda inom ett år och 38 % inom 2 år.*

### **Val av tema för förbättringsarbetet:**

Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.

*Vi ser att vi behöver bli bättre på att diagnostisera patienterna med osteoporos då vi ligger lågt i primärvårdskvalitet vi har 1,1% (förekomst av osteoporos diagnos)*

*Även när det gäller och se till att de får rätt behandling ligger vi lågt 43,9% mot 49,5%.*

*Vi behöver få ett bättre och säkrare flöde på våra osteoporospatienter.*

*Att prover tas inför behandling så att vi inte behöver omboka patienterna.*

*Att de fått rätt information om sin behandling.*

*Att patienterna får information i tidig ålder kring förebyggande åtgärder, levnadsvanor och nutrition.*

### **Mål (Vad vill ni uppnå?)**

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

**Formulera här era mål:**

### **Våra mål**

**Utveckla en tydlig rutin och få ett säkert flöde utifrån den.**

**Att rutinen är känd och att vi alla arbetar utifrån den.**

**Trygg och säker vård för våra patienter, där de blir involverade i sin behandling.**

### **Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)**

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

### **Idéer till lösningar (För att nå målen)**

Initiala idéer till lösningar (För att nå målen)

Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktygslåda för patientsamverkan:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/>

1: Att vi inte haft en tydlig rutin	1.1: Skriva tydlig rutin och implementera den 1.2
2: Ej haft kunskap	2.1: Utbildning är bokad 23/4 Av Hans Ranch Lundin 2.2: 2.3:
3: Ej haft digital väntelista	3.1: Skapa en digital väntelista nu är den i pappersformat 3.2: 3.3:

### Mått och mätetal (indikatorer)

- Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?
- Hur kan det mätas?
- Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?

**Notera 2–5 indikatorer i tabellen nedan och dessa indikatorer ska koppla antingen direkt till era mål eller till era idéer för lösningar som ni angivet ovan.**

Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattningstrappa/>

Mät utfallsmått (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 patienter med diabetes. Antal snabbspirometrier per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)

APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått och följ i ett Excelark över tid, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Om ni vill kan ni ta med ett "balanserat mått" om man tror att förändringen kan påverka något annat negativt (som kostnader, arbetsmiljö, undanträngningseffekter). Självklart kan ni fortsätta att mäta indikatorerna efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal eller Andel.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. <b>Antal</b> snabbspirometrier per vecka	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Med-rave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Öka andel Frax	1%	2024,02	80%	Med-rave	T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 2</b>	Öka diagnosen Osteoporosis	1,1%	2024,02	1,4%	Primärvårds kvalitet	T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året

<b>Indikator 3</b>	Öka registreringen av BMI	61%	2024,02	80%	Med-rave	T.ex. dec 2024
<b>Indikator 4</b>	Andel med benaktiv läkemedelsbehandling	11%	2024,02	50%	Med-rave	T.ex. dec 2024
<b>Indikator 5</b>						T.ex. dec 2024

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

**Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)**

Dags att testa idéer, först i liten skala! PGSA (Planera, göra, studera, agera) är det så kallade förbättringshjulet. Länk till verktyget PGSA:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Skriv upp varje steg:

- Planera – Hur ska ni göra, när, vem gör vad?
- Göra – Håller ni er till planen? Vilka avvikelser från planen har ni gjort? Vad har gått bra hittills?
- Studera – Lyckades ni genomföra de aktiviteter ni planerat? Blev resultatet som ni tänkt? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

*Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.*

Plan: Vi kommer att börja med ett "Brainstorming Möte" där vi kommer diskutera olika idéer och utforma en plan för projektet. Vi kommer att utse ansvarsområden och bestämma vem som ska göra vad. Material som under projektets gång skapas (flödesschema, patient-intervjuenkät) kommer att visas på APT för att få feedback på materialet och för att se om det är lättförstått och innehåller allt som är viktigt. Vi kommer även att ha en föreläsning om Osteoporos för att öka kunskapen samt motivationen på mottagningen för att bidra till att kvalitetsarbetet uppnår sitt mål.

**Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

**Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1**  
**t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1"** utan att klippa bort del 2 och skicka in som **en bilaga (ej länk)** i **WORDFORMAT** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2024 till: [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)

## DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

**Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?**

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 infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**  
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Vi har skapat en rutin och haft ett flera möten varav ett brainstorming möte med Rehab. Tyvärr blev den inbokade föreläsningen inte av då föreläsaren blev sjuk och vi inte hittat ersättare. Den ST läkare som var ansvarig har varit på randning så ny DSK har tagit rollen. Vi har skapat en digitalväntelista och repeterar rutinen. Vi har haft några patienter som inte lämnat prover innan eller fått frågan om tandstatus. Vi har tagit upp det på läkarmöten. Kans som vi nu är på rätt väg med en DSK som är mera engagerad.

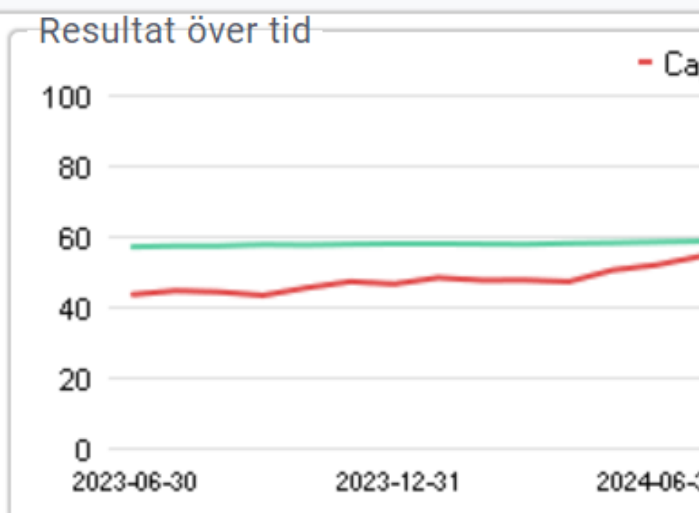
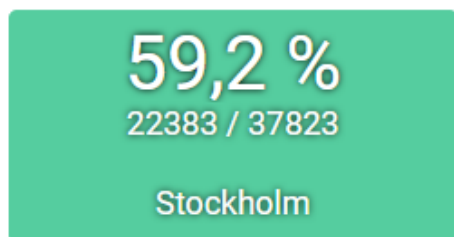
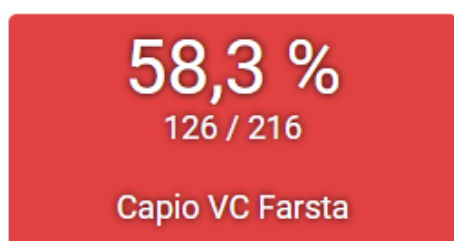
### Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 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 eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**



	<b>Indikatornamn</b> T.ex. Andel patienter med DM 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> (t.ex. Medrave)	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Öka andel Frax	1%	2024,02	80%	10%	medrave	dec 2024

<b>Indikator 2</b>	Öka Diagnosen OSTEOPOROS	1,1%	2024,02	1,4%	1,3%	medra ve	dec 2024
<b>Indikator 3</b>	Öka registreringsgraden av BMI	51%	2024,02	80%	49%	medra ve	Jan 2025
<b>Indikator 4</b>	Öka andelen med benaktiva läkemedelsbehandling	11% felaktig siffra? ?	2024,02	50%	58,3%	medra ve	dec 2024
<b>Indikator 5</b>							T.ex. dec 2024

**Övriga kommentarer:**


Andel som har läkemedelsbehandling mot benskörhet av personer 50 år och äldre med nyttillkommen hög risk för benskörhetsfraktur i den listade befolkningen

### Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att det är en utmaning att få alla att följa och känna till rutinerna. Då osteoporosbehandling involverar många aktörer.  
Vi tappade styrfarten då den planerade utbildningen inte blev av och vi inte kunde hitta en ersättning till den.

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?

Vi har inte utvecklat och haft ett färdigt dokument. Vi har frågat vid läkemedelsgivning hur det fungerat. Där har det varit vissa som inte fått information om provtagning eller frågor om tandstatus.

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.

Vi behöver fortsätta detta arbete och regelbundet titta på siffrorna. Vi behöver regelbundet påminna om rutinen och hela flödet. Hitta en ny föreläsare för läkarna och sköterskor om osteoporos. Ett av Vesta arbetena på vårdcentralen kommer handla om osteoporos och hur vi tar hand om och hittar riskpatienterna.

Vi behöver göra riskpatienterna mera synliga. Minskning av längd, lågenergifrakturer.

Fortsätta vårt gemensamma flöde med rehab, där de har de förberett skolor och föreläsningar. De kommer hjälpa oss att hitta riskgrupper.

VÅR RUTIN ska ses över igen.

**Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2**

**t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2"** och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan [forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)

**Bilagor** sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor (T.ex. "Boo VC Bilaga 1"). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.