

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: Osteoporos

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Capio vårdcentral Curera	
Verksamhetschef Carina Almqvist	Verksamhetschefens e-post Carina.almqvist@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 del 1 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: Maria Wilemoll
Profession: Undersköterska
E-post: <a href="mailto:maria.wilemoll@capio.se">maria.wilemoll@capio.se</a>
<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 sidosjukvård, 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: Päivi Kantala, DSK Leticia Pinilla DL Maria Wilemoll USK

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

B:  
Skickat brev till alla patienter över 80 med information om vår mottagning och frågade dem om de behövde mer kunskap.

### **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 hade inga klara rutiner, varje läkare behandlade sina patienter utifrån sin egen kunskap och rutin.*

- *Vi hade inga klara utrednings-, behandlings, och uppföljningsrutiner.*
- *Ha bättre kunskap om val av behandlingsalternativ.*
- *Vi ville åstadkomma bättre rutiner för utredning, behandling och uppföljning.*
- *Rutiner för att tidigt identifiera riskgrupperna.*
- *Öka kunskap om osteoporos för hela personalgruppen.*
- *Skaffa en väntelista för de som har diagnos för att enklare kalla dem på regelbundna behandlingar.*
- *Bättre information till patienter om osteoporos och riktad information om behandlingen till varje patient inför behandling.*

**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.

Osteoporos

### 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:**

Öka kunskap hos patienter och vårdpersonal

Bättre organisation

Bättre rutiner för att minska risken för frakturer och säkra att patienten får den behandling som är planerad.

### 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: Kunskapsbrist hos personalen

1.1: Vi valde 2 personer som ökades till 3 som fick ansvar för osteoporosmottagning för att kartlägga våra brister.  
1.2: Web utbildning om osteoporos för hela personalen  
1.3: Kort föreläsning om Osteoporos mottagningens syfte för hela personalen och bjöd en osteoporos specialist som föreläste för hela personalen.

2: Saknades rutiner för diagnostisering

2.1: Belyste riskgrupperna: äldre, de som haft tidigare frakturer, långtidsbehandling Kortison etc.  
2.2: Informerades om FRAX verktyg.  
2.3: Skaffades rutiner för bedömning

3: Saknades rutiner för utredning, behandling och uppföljning av behandling.

3.1: Skaffade en väntelista.  
3.2: Alla patienter ska ha en behandlingsplan  
3.3: Patienterna får ett brev om information om behandling och eventuella prover inför behandling inför varje behandling.

### 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 processmåten 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. Medrave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Ökat andel Frax	10%	Feb 2023	20%	Medrave	Dec 2024
<b>Indikator 2</b>	Öka andel DXA	10%	Feb 2023	20%	Medrave	Dec 2024
<b>Indikator 3</b>	Öka andelen med diagnos osteoporos	1,7%	Feb 2023	2,5%	PVQ	Dec 2024
<b>Indikator 4</b>	Öka andel patienter på Zoledronsyra	58%	Feb 2023	65%	Medrave	Dec 2024
<b>Indikator 5</b>	Minska andel patienter på Alendromat	20%	Feb 2023	10%	Medrave	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 fikarummet, 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/verktyslada-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 sen dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Vi har lyckats med studiebesök på en fungerande Osteoporos mottagning. Vi har blivit medlemmar i osteoporos sällskapet. Vi har ökat kunskap om osteoporos bland personalen. Vi har inkluderat en undersköterska i vårt teamarbete. Vi har tittat igenom socialnämndens rekommendationer. Vi har varit på besök på Aleris röntgen som gör våra DXA mätningar. Vi har lyckats med att samla information om vart vi befinner oss nu via Medrave och PVQ. Vi har kontinuerligt informerat personalen om vart vi befinner oss i förbättringsprocessen. Vi har en väntelista som fungerar väl. Vi har kallelsebrev till patienter med information om behandling, biverkningar, prover. Det finns klara rutiner och skriftlig information om osteoporos för hela personalen. Vi har lyckats med en extern föreläsare till mottagningen.

**Redovisningen**

**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)**

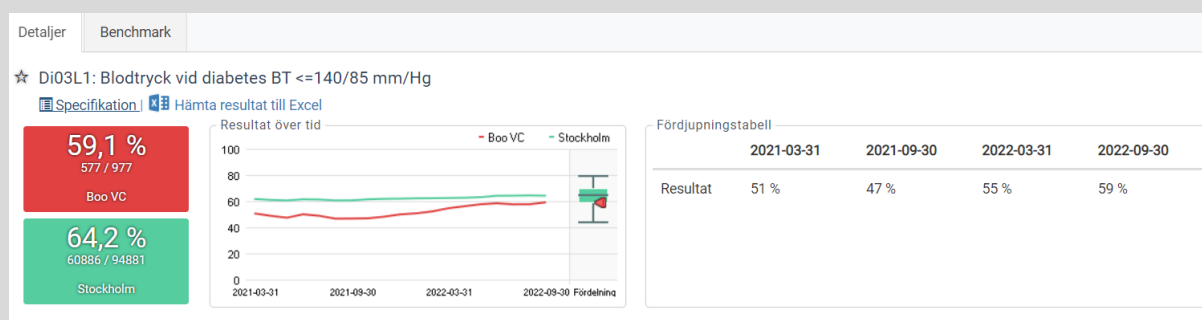
**Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?**

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 under 2024 arbetat enl de strukturer och rutiner vi tagit fram. Vi har behövt göra en del justeringar i rutinen som gjordes initialt då det upptäcktes delar som kunde misstolkas. Efter korrigering av rutinen verkar det systematiska arbetet med osteoporos patienterna fungera ännu mer friktionsfritt. All personal har fått mycket utbildning i ämnet och känner väl till hur vi arbetar med dessa patienter och följer rutinen. Väntelistan som vi startade fungerar utmärkt och hanteras av USK som bokar in dessa patienter för behandling till SSK.

## 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	10%	Feb 2023	20%	20%	Medrave	T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 2</b>	Öka andel DXA	10%	Feb 2023	20%	20%	Medrave	T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 3</b>	Öka andel med diagnos osteoporos	1,7%	Feb 2023	2,5%	3,5%	PVQ	T.ex. dec 2024
<b>Indikator 4</b>	Öka andel patienter på Zoledronsyra	58%	Feb 2023	65%	70%	Medrave	T.ex. dec 2024
<b>Indikator 5</b>	Minska andel pat på Alendromat	20%	Feb 2023	10%	16%	Medrave	T.ex. dec 2024

**Övriga kommentarer:**

## Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Hela personalen har en mycket större kunskap om osteoporos och behandling av denna. Vilket gör att all personal blivit mer uppmärksam på vilka prover som behövs och när patienterna skall kallas igen vilket gör att det är mycket mer patientsäkert då även flera yrkeskategorier har koll. Så om en läkare råkar missa att ordinera så uppmärksammas det alltid av någon annan numera. Detta tillsammans med väntelistan för behandling gör att dessa patienter inte tappas bort vilket hände tidigare. Vi har även blivit så mycket bättre på att diagnostisera dessa patienter så vi har nått högre än det som var vårt mål initialt.

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?

Initialt hade DSK kontakt med alla patienter över 80 år och de tyckte alla att det var uppskattat att vi arbetade så förebyggande genom att kontakta dem och informera om osteoporosmottagningen och bad dem fylla i Frax.

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 kommer att fortsätta arbeta efter rutinen och väntelistan som utvecklats och uppdaterats under året.

**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 [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.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.