

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Alviks Vårdcentral (fd Tranebergs Vårdcentral)	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Helena Alfredsson	

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2019 del 1 och del 2

### Instruktioner till mottagningen.

Utförligare instruktioner finns i "Information om målrelaterad ersättning 2019" på Vårdgivarguiden och på <https://qrcstockholm.se/coachingakademin/utbildning/skraddarsyddaprogram/primarvarden/>

Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med del 1 ifylld skickas per e-post till funktionsbrevlåda [forbattningsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbattningsarbeten.hsf@sll.se) senast 30 april 2019, men gärna redan i januari 2019 för att ni ska hinna få återkoppling i god tid gällande eventuella justeringar som kan behövas. Denna mall med även del 2 ifylld skickas till samma funktionsbrevlåda senast 31 mars 2020, men kan skickas in redan från januari 2020.

### DEL 1 - Planen

Rutorna ska expandera när man skriver i dem.

#### Ansvarig(-a) för kvalitetsarbetet, ange även teammedlemmar och deras professioner

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

#### Ange e-postadress för kontaktpersonen för arbetet.

Åsa Hartzell, specialist i Allmänmedicin ([asa.hartzell@sll.se](mailto:asa.hartzell@sll.se)), Erik Beling, specialist i Allmänmedicin.

#### Steg 1 Beskrivning av nuläget

- Vilka är era stora patientgrupper och vilka behov har de?
- Vad är ni bra på? Var har ni förbättringspotential? Gå in och titta på era resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer från t.ex. GUPS, medrave, PrimärvårdsKvalitet, NDR osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

- Alviks Vårdcentral har 21893 listade patienter med en normal fördelning av de stora patientgrupperna inom primärvården; Hjärtsvikt, Förmaksflimmer, Hypertoni, Diabetes, KOL/Astma, Psykisk ohälsa, Demens, Multisjuka äldre m fl.
- Vi har bra rutiner för många av de stora patientgrupperna och har bland annat arbetsgrupper, lokala rutiner, väntelistor och/eller vårdprogram för de flesta patientgrupperna ovan och de sköts därför på ett tillfredställande sätt i enlighet med rådande riktlinjer och evidens. En grupp som vi tycker inte har fått tillräckligt mycket uppmärksamhet är patienter med Osteoporos.

#### Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. diabetes, patientsäkerhet, läkemedel, psykisk ohälsa, annat.....

Osteoporos är en naturlig del av åldrandet. Prevalensen i den kvinnliga befolkningen är vid 50 års ålder 2-5% medan den är 50% vid 70-80 års ålder. Osteoporos är en riskfaktor för framtida fraktur. Det är därför viktigt att identifiera dessa individer och erbjuda dem adekvat behandling och prata om förebyggande

### Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

Alviks Vårdcentral (fd Tranebergs Vårdcentral)

Verksamhetschef

Aktnummer (ifylles av HSF)

Helena Alfredsson

livsstilsfaktorer. Helst vill man upptäcka och behandla tillståndet innan patienten har fått en fraktur men i andra hand är det viktigt att försöka finna de patienter som fått en "fragiltetfraktur" för att utreda och behandla en eventuell Osteoporos i syfte att minska risken för ytterligare frakturer. Här är kommunikationen mellan ortoped, röntgen, geriatriker och primärvård något som skulle kunna förbättras. I Stockholmsregionen diagnostiseras årligen 20000 frakturer som kan vara orsakade av Osteoporos, av dessa vårdas 12000 i slutenvården, övriga 8000 får sin frakturdiagnos via primärvården. (Källa: Regionalt Vårdprogram för Osteoporos, SLL)

### Steg 3 Målformulering

- Mål - Vad vill ni uppnå? Var specifik med vad ni vill uppnå.
- Mått - Hur kan ni mäta att ni är på väg mot målet? Ange dagens värde av detta (mått i siffror) samt vad ni har som mål att uppnå (i siffror).
- Till när hoppas ni ha uppnått ert mål? Ange datum.

- a) Målet med detta kvalitetsarbete är att kartlägga våra patienter med Osteoporos och/eller benspecifik behandling i syfte att *öka diagnosättningsgraden* men också att se hur många som har fått frakturdiagnos det senaste året och som är  $\geq 50$  år i syfte hitta odiagnostiserad Osteoporos.

Vi vill *öka andelen som får behandling* då vi tror att många går obehandlade för att på så vis förebygga framtida frakturer.

En del i arbetet är att uppmärksamma våra patienter på diagnosen och uppmana dem att *utredas* för Osteoporos om det anser sig ligga i riskzon. Här kan man använda informationstavlorna i väntrummet som kanal.

- b) Måtten vi har tittat på är:
- 152 patienter har diagnos Osteoporos (Diagnoser: M80, M81 och M82) satt under perioden 180301-190228. Vi vill öka antalet patienter med osteoporosdiagnos med 20%.
  - Av dessa 152 patienter är 38 st 50-69 år och 114 st är  $\geq 70$  år.
  - Vi har sammanlagt 170 patienter som står på benspecifik behandling. Här vill vi öka antalet med 10%.
    - 68% (116 st) står på Bisfosfonater (ATC-kod M05BA 04-07)
    - 22% (38 st) står på Aclasta (ATC-kod M05BA 08)
    - 8% (13 st) står på Prolia (ATC-kod M05BX)
    - 2% (3 st) står på Forsteo (ATC-kod H05A A02)
  - 48% av patienterna med Osteoporosdiagnos (152 st) har benspecifik behandling (73 st). Denna andel borde kunna öka med 10%.
  - 97 patienter har benspecifik behandling men *inte* Osteoporosdiagnos, vilket borde minska med 20% genom högre diagnosättningsgrad.
  - 61 patienter  $\geq 50$  år har fått en "fragilitetsfraktur" (S72, S32, M48.5, M48,5 S52) varav 45 st är  $\geq 70$  år. Av dessa har 28 st *inte* Osteoporosdiagnos. Den här siffran bör kunna minska med 10% genom att utreda i högre grad.

### Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

**Alviks Vårdcentral (fd Tranebergs Vårdcentral)**

Verksamhetschef

Aktnummer (ifylles av HSF)

Helena Alfredsson

- Vi vill öka kunskapen hos våra patienter om riskfaktorer för Osteoporos och hur man utreder tillståndet.
- Vi planerar att uppdatera vårt lokala vårdprogram och rutiner för Osteoporos samt presentera det på APT/Läkarmöte.

c) Vi hoppas ha uppnått vårt mål till 20228.

### Steg 4 Förbättringsidéer - vad kan ni göra för att nå målet? Vilka åtgärder kan ta er mot ert mål?

- a. Vilka förbättringsidéer har ni? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Där kan t.ex. verktyget "Fiskbensdiagram" vara till hjälp, här finns en instruktion: <https://qrcstockholm.se/wp-content/uploads/2018/12/Verktyg-fiskbensdiagram.pdf>.
- b. Vad är viktigt för era patienter? Hur kan ni stärka personcentrerad vård eller patienters delaktighet i vården? Här finns en verktygslåda som kan användas för att ta reda på vad som är viktigt för patienterna: <https://qrcstockholm.se/patientsamverkan/verktygslada/>.

- a) Vi på Alviks VC kan förbättra vår diagnossättningsgrad och vi kan bli bättre på att utreda osteoporos hos våra patienter som är  $\geq 70$  år. Vi vill öka våra patienters medvetenhet om diagnosen Osteoporos och i vilken grad risken för fraktur ökar med stigande ålder och andra delvis påverkbara livsstilsfaktorer; rökning, fysisk aktivitet, kortisonbehandling och att det finns en ärftlig faktor som inte går att påverka men som är bra att informera om. Vi vill uppdatera vårt eget vårdprogram och utbilda personalen för att belysa en diagnos som vi inte alltid tänker på i patientmötet då Osteoporos varken syns eller ger symtom förrän frakturen är ett faktum. Vi kan bli bättre på att skriva frågeställningen: Fragilitetsfraktur? på de röntgenremisser vi skickar på patienter  $\geq 70$  år, beräkna FRAX och skicka dessa på bentäthetsmätning. Vi vill skapa en väntelista för våra Aclastainfusioner för att de inte ska tappas bort.
- b) Vi kan utbilda våra patienter genom att göra en informationssida på de digitala tavlorna i väntrummet i syfte att få fler patienter att reflektera över sina riskfaktorer och vid behov önska utredning.

### Steg 5 Vilka mått behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna?

Välj 1-3 mått, utöver måttet som ni angett i steg 3, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät det ni gör (=processmått). Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Beskriv vad ni ska följa för mått och dagens resultat på de måtten.

- Antal Aclasta-infusioner / månad. MSK får föra statistik under 2019.

### Steg 6 Dags att testa era förbättringsidéer.

Använd gärna förbättringshjulet PDSA (=Plan Do Study Act) som stöd, här finns en instruktion: <https://qrcstockholm.se/wp-content/uploads/2018/12/Verktyg-PDSA-cykel.pdf>. 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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Alviks Vårdcentral (fd Tranebergs Vårdcentral)	
Verksamhetschef	Aktnummer (ifylles av HSF)
Helena Alfredsson	

husläkarmottagningen och standardisera arbetssättet. **Redovisningen av steg 6 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

**Döp denna fil till:** Enhet år del 1

t.ex. Boo VC 2019 del 1 och skicka in senast 30 april 2019 men gärna redan i januari 2019 till:  
[forbattningsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbattningsarbeten.hsf@sll.se)

## DEL 2 – Slutredovisningen

**OBS: Denna del skickas in senast 31 mars 2020, se steg D.**

### A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. Beskriv hur ni jobbat.

Vi har under året informerat läkargruppen om kvalitetsarbetet i syfte att få osteoporos att bli en diagnos man tänker på och utreder i högre grad. Vi har också uppmärksammat läkargruppen på att öka diagnossättningsgraden på de patienter som står på benspecifik behandling.

Vi har satt upp information om Osteoporos på Västrums-TV för att fånga patienter som kan vara i riskzon för Osteoporos och uppmuntrat dem att utredas.

Våra distriktsköterskor och mottagningsköterskor har fått utbildning i FRAX för att, i ett första steg, kunna se om det finns indikation att gå vidare med bentäthetsmätning.

Vi har noterat hur många aclastainfusioner som skett varje månad på vårdcentralen.

### B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange dagens mått avseende steg 3 och 5 och jämför med utgångsmåtten. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det (t.ex. över tid i form av ett linjediagram som visar mätvärdena över tid)

Resultat 190128 – 200129. (*kursivt = formulerat mål*). Alla värden i parentes anger värdet för ett år sedan.

- 177 (152) patienter har diagnos Osteoporos satt under perioden 190128-200129 vilket är en ökning med 17%. (*ökning 20%*).
- Av dessa 177 patienter är 38 st 50-69 år och 139 st är  $\geq 70$  år.
- Vi har sammanlagt 191 (170) patienter som står på benspecifik behandling vilket är en ökning med 12%. (*öka 10%*)
  - 62% står på Bisfosfonater (68%)
  - 28% står på Aclasta (22%)
  - 8% står på Prolia (8%)
  - 2% står på Forsteo (2%)
- 51% (48%) av patienterna med Osteoporosdiagnos (177 st) har benspecifik behandling (90 st). En ökning på 6%. (*öka 10%*)

### Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

Alviks Vårdcentral (fd Tranebergs Vårdcentral)

Verksamhetschef

Aktnummer (ifylles av HSF)

Helena Alfredsson

- 96 (97) patienter har benspecifik behandling men *inte* Osteoporosdiagnos. Här har vi inte lyckats med vårt uppsatta mål (*minska med 20%*). Av dessa står 30 på kortison men övriga 56 patienter bör eventuellt ha diagnosen Osteoporos. Det får vi fortsätta förbättra kommande år.
- 63 (61) patienter  $\geq$  50 år har fått en "fragilitetsfraktur" varav 54 (45) var  $\geq$  70 år. Av dessa har 32 (28) st *inte* Osteoporosdiagnos. Den här siffran bör på sikt kunna minska genom att utreda Osteoporos i högre grad, men ett år är för kort för att se en större förbättring här.
- Vi ville öka kunskapen hos våra patienter om riskfaktorer för Osteoporos och hur man utreder tillståndet vilket vi gjort genom information på Väntrums-TV.
- Vi har uppdaterat vårt lokala vårdprogram och rutiner för Osteoporos samt presenterat det på APT/Läkarmöte och på så sätt ökat kunskapen i personalgruppen.
- Vi har räknat antal aclastainfusioner / månad och har i genomsnitt 6,2 infusioner / månad. (Juli är borträknad då det var 0)

### 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 i vården?
3. Hur kan ni göra för att behålla de positiva effekterna av ert förbättringsarbete?
4. Vilka datakällor har varit användbara för er?

1. Vi har lärt oss att bli mer uppmärksamma på osteoporos som diagnos och hur vi ska utreda och behandla.
2. Vi har försökt få patienterna mer delaktiga genom att ge dem kunskap om tillståndet och själva kunna säga till om de vill utredas om de tror att de ligger i riskzonen för Osteoporos.
3. Vi kommer fortsätta uppmuntra en ökad diagnossättningsgrad och leta efter de patienter som bör ha diagnosen och målet är att träffa dessa patienter en gång / år för genomgång. Vi vill överföra fler till Aclasta för att öka compliance vilket man vet sjunker drastiskt med åren vid behandling med Alenat.
4. Vi har använt oss av Medrave4 för att ta fram statistik till kvalitetsarbetet och använt rådande regionala och nationella vårdprogram för att formulera vårt eget lokala vårdprogram.

### D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2

t.ex. Boo VC hypertoni 2019 del 2 och skicka in senast 31 mars 2020 (men kan skickas in redan från januari 2020) till funktionsbrevlådan [forbattringsarbeten.hsf@sl.se](mailto:forbattringsarbeten.hsf@sl.se)