

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn <b>Barkarby Vårdcentral</b>	
Verksamhetschef <b>Eva Andersson</b>	Aktnummer (ifylles av HSF)

## Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2019

DEL 2 – Slutredovisningen						
OBS: Denna del skickas in senast 31 mars 2020, se steg D.						
<b>A. Hur har ni testat och standardiserat era förbättringsidéer?</b>						
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. Beskriv hur ni jobbat.						
<p>Kvalitetsansvarig läkare gick igenom vilken information som var tillgänglig för osteoporos och frakturrisk från GUPS och M4 och sammanställde vilka data som kunde samlas in med nuvarande journalmall i TakeCare. De data som ej togs in i M4 rapporterades vidare och förslag sammanställdes om justeringar i journalmallen för att få tillgång till ytterligare information.</p> <p>Två pilotbesök utfördes med patienter enligt ett första utkast av flödesschemat för osteoporos och frakturrisk. Båda patientfallen journalfördes enligt nuvarande mall och studerades i statistiken för att säkerställa att informationen registrerats. Därefter planerade MAL samt kvalitetsansvarig läkare grunderna för det flödesschema som skapades och implementerades på vårdcentralen.</p> <p>Implementationen började med presentation av kvalitetsarbetet på planeringsdagen till samtliga personalkategorier, vilka aktuella riskfaktorer som behöver uppmärksammas och där pat ska bokas till läkarbesök för vidare frakturrisksbedömning. Samtliga personalkategorier involverades genom spridning av kunskap om riskfaktorer för att lättare identifiera riskpatienter för fraktur. Sköterskor på Astma-KOL mottagningen samt Äldremottagningen visade särskilt intresse för att delta i projektet.</p> <p>Arbetet följdes upp regelbundet på läkar- och arbetsplatsmöten under hösten 2019- våren 2020 med de data som vi kunde få tillgång till enligt resultatlistning i del B. På mötena har även förbättringsförslag inkommit och diskuterats inför det fortsatta kvalitetsarbetet. Under hösten genomfördes även ett utbildningstillfälle om osteoporos av Susanna Lampa till samtliga i personalgruppen.</p>						
<b>B. Resultat</b>						
Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål ( <b>klistra in från steg 5</b> ) samt <b>resultatet</b> och <b>datum/period</b> 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)	Datum/period för resultatvärdet
<b>Indikator 1</b>	Prevalens diagnos osteoporos	1,25%	2019-01	1,5%	1,32%	2019-12
<b>Indikator 2</b>	Antal utförda FRAX	0	2018	30 st	21 st	2019
<b>Indikator 3</b>	Antal utförda DXA	0	2018	15 st	Ej tillgängl.	2019
<b>Indikator 4</b>	Antal utförda benspecifika behandlingar	73	2018	85	71	2019
<b>Indikator 5</b>	Andel med diagnos osteoporos som fått benspecifik behandling	65%	2018	70%	51%	2019

<b>Information om husläkarmottagning</b>	
Mottagningens namn <b>Barkarby Vårdcentral</b>	
Verksamhetschef <b>Eva Andersson</b>	Aktnummer (ifylles av HSF)

### Övriga kommentarer:

Mycket av detta års projekt har gått åt till att införskaffa kunskap om verktygen för statistik samt kartlägga vad som går att få statistik på och vad som inte går. Själva implementationen skedde först i oktober 2019 vilket är en för kort period för att göra större slutsatser om utfallet.

### 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 eller involvering i vården?
3. Vad har ni för plan framåt gällande detta område?
4. Vilka datakällor har varit användbara för er?

1.  
- Att målsiffrorna behöver sättas på en mer rimlig nivå  
- Att kvalitetsindikatorerna kan komma att visa annat resultat än vad som förväntats  
- Att många viktiga indikatorer ej finns med i M4 då denna ej är kompatibel med journalmallen för osteoporos i Take Care. Vi har tagit fram förslag på anpassning av journalmall  
- Att en stor andel av vårdcentralens patienter med kortisonbehandling står utan behandling med benspecifika läkemedel.  
- Att ett flödesschema som berör screening, utredning, behandling och uppföljning omkring osteoporos underlättar för fler personalkategorier att medverka i arbetet.  
- Att projektet behöver mer tid för att kunna se förändringar i mängden läkemedelsbehandling och prevalens av diagnos osteoporos.

2.  
Förslag på ökad patientmedverkan som framkommit under 2019 var att ge ut patientinformation i väntrum för att informera våra besökare om de riskfaktorer som kan göra en frakturrisksbedömning aktuellt. Genom att sprida kunskapen om osteoporos kan fler personer komma att göra en frakturrisksbedömning.

3.  
Att fortsätta implementera de kunskaper som erhållits under årets arbete för att på vårdcentralens listade patienter i syfte att:  
- Öka prevalensen för osteoporos bland listade patienter  
- Öka andelen listade med riskfaktorer för fraktur som genomgått frakturrisksbedömning (FRAX)  
- Öka antalet listade med osteoporos som får benspecifik läkemedelsbehandling  
- Öka antalet listade med kortisonbehandling som får benspecifik läkemedelsbehandling  
Att förhoppningsvis bidra till att journalmallen för Benskörhet anpassas för att fungera bättre ihop med Medrave M4.

4.  
Främst Medrave M4. Även GUPS för prevalens och för att kunna få perspektiv på vårdcentralens data i relation till övriga vårdgivare i regionen.

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

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