

| Information om husläkarmottagning | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| Mottagningens namn | |
| Björkhagens HLM | |
| Verksamhetschef Pamela Diaz | Aktnummer (ifylles av HSF) |

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2019

del 1 och del 2

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 2019 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.hsf@sll.se senast den **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 och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2019 del 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 mars 2020**, men kan skickas in redan från januari 2020.

Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2019" på Vårdgivarguiden och på [ORC:s webbplats](#). Frågor kan även skickas till rita.fernholm@sll.se.

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.
Ange e-postadress för kontaktpersonen för arbetet.

MAL Lucian.Valdman@bjorkhagenshlm.se
Ssk Annette Marmaridou, Annette.Marmaridou@bjorkhagenshlm.se
Verksamhetschef Pamela Diaz, Pamela.diaz-sartori@lideta.se

Steg 1 Beskrivning av nuläget

Vad är ni bra på? **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.

Gå in och titta på era resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer från t.ex. Regionens uppföljningsportal (GUPS), medrave m4, PrimärvårdsKvalitet, Nationella Diabetesregistret (NDR) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

T.ex. Vi ser i medrave m4 att vi har många patienter med hypertoni som inte når målblodtryck

Eller Vi ser i GUPS att vi ligger långt från Socialstyrelsens riktlinjer gällande andel patienter som får statinbehandling efter stroke

Idag har vi 9620 listade patienter. Av dessa har 54 patienter diagnos osteoporos, varav 35 patienter får behandling. Vi ser i MedRave att vi har en hög andel äldre och äldre äldre patienter. Genom ett systematiskt arbetssätt kan vi identifiera riskpatienter och därmed behandla de som behöver. Genom att följa utvecklingen i MedRave kan vi se hur utvecklingen går.

| Information om husläkarmottagning | |
|--|----------------------------|
| Mottagningens namn | |
| Björkhagens HLM | |
| Verksamhetschef Pamela Diaz | Aktnummer (ifylles av HSF) |

| |
|--|
| |
| <p>Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. diabetes, hypertoni, patientsäkerhet, läkemedel, psykisk ohälsa, annat.....</p> |
| Osteoporos |
| <p>Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt T.ex. Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter med högt blodtryck, det är viktigt för att minska risken för stroke och andra komplikationer</p> |
| <p>Vi vill förbättra diagnossättningen och omhändertagandet av våra patienter med frakturrisik och osteoporos. Det är viktigt att minska risken för fler frakturer, smärta och ökat lidandet för patienten.</p> |
| <p>Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet?</p> <p>a. Vilka förbättringsidéer har ni? Ni kan ta fram idéer genom att titta i vårdprogram, nationella riktlinjer eller genom att brainstorma fram idéer. Om ni vill kan ni använda verktyget fiskbensdiagram för att ta fram idéer.</p> <p>b. Vad är viktigt för era patienter? Hur kan ni involvera dem? Om ni vill kan ni använda något av verktygen för patientsamverkan i QRC:s verktygslåda.</p> <p>a. Under 2019 kommer vi att ingå i projektet Stop at One som leds bl a av allmänspecialist och forskare på KI, Hans Lundin. Vi kommer att utforma lokala rutiner för identifiering av frakturrisikpatienter och patienter med osteoporos utifrån VISS. Ett samarbete kommer att upprättas med primärvårdsrehab för riskpatienter.</p> <p>b. Det viktiga är att informera kring risker, ge rätt behandling, förebygga och undervisa patienterna i egenvård. Alla patienter över 75år som vill kommer att få fylla i Phase20 och Frax inför sitt besök hos sköterska.</p> |
| |
| <p>Steg 5 Vilket/vilka mått behöver ni följa för att se effekten av förbättringsidéerna? (=Indikatorer) Välj ett till fem mått, som speglar om er förändring blir en förbättring. Mät utfall (det som gör skillnad för patienterna) men gärna även det ni gör (=processmått). T.ex. Antal årskontroller varje månad av diabetikerna. Antal snabbspirometriker per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje vecka eller månad. Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad, så ni kan byta eller justera er</p> |

| Information om husläkarmottagning | |
|---------------------------------------|----------------------------|
| Mottagningens namn Björkhagens HLM | |
| Verksamhetschef Pamela Diaz | Aktnummer (ifylles av HSF) |

förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Självklart kan ni fortsätta att mäta efter 2019-12-31 även om det är 2019 ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal... eller Andel...**

| | Indikatornamn T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka | Nuläge = Startläge (% eller antal) | Datum/period för startläge | Mål (% eller antal) | Datum för att uppnå målvärdet |
|--------------------|---|--|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| Indikator 1 | Antal genomförda frax/mån av patienter över 75år. | 6st | 2018 | 20st | 20191231 |
| Indikator 2 | Antal remisser skickade till fysioterapeut på pat med risk för osteoporos. | 0st | 2018 | 10st | 20191231 |
| Indikator 3 | KVÅ - fysiskaktivitet | 6st | 2018 | 10st | 20191231 |
| Indikator 4 | MedRave diagnos ostoporos | 54 | 2018 | 70st | 20191231 |
| Indikator 5 | MedRave -Behandling av ostoporos | 35 | 2018 | 60st | 20191231 |

Kommentar (valfritt):

Steg 6 Dags att testa era förbättringsidéer.

Använd gärna [förbättringshjulet PDSA](#) (=Plan Do Study Act) som stöd. 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 6 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

Döp denna fil till: Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 1 och skicka in senast 30 april 2019 men gärna redan från januari 2019 till: forbattringsarbeten.hsf@sll.se

| Information om husläkarmottagning | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| Mottagningens namn | |
| Björkhagens HLM | |
| Verksamhetschef Pamela Diaz | Aktnummer (ifylles av HSF) |

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 arbetat aktivt med att skriva rutiner. En generell som innefattar all personal på mottagningen som träffar patienter och en för sjuksköterskegruppen, vem gör vad? -rutin. I rutinen står det bland annat att patienterna ska inför sin årskontroll ta blodprover enligt palett i Take Care. MAL skapade palett utifrån rekommendationerna i VISS.nu och information från forskningsgruppen Stop at One. Vi skapade också en mall i Take Care som heter Osteoporos där bland annat Frax finns med.

Vi har startat en sjuksköterskeledd osteoporosmottagning. Det är en sköterska som är ansvarig för mottagningen. Samma sköterska som har äldremottagningen. Hon har skapat en rutin för vad som görs på mottagningen, vad som ska ingå i besöken och hur uppföljningen ska se ut tillsammans med MAL. Vi har ett interprofessionellt samarbete med Capiro rehab Dalen, varje patient tillfrågades om det var okej att vi remitterade till Osteoporosskolan. Vi har vänt-lista i Take Care och kallar patienterna efter den. Vi använde oss av intressentmodellen för att få svar på frågor som: Vad till vem, och varför då? Vad från vem, och varför då?

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra in från steg 5**) 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 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 |
|--------------------|--|---------------------------|----------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Indikator 1 | Antal genomförda frax/mån av patienter över 75år. | 0st | 180430 | 20st | 6st | 200220 |
| Indikator 2 | Antal remisser skickade till fysioterapeut på pat med risk för osteoporos. | 0st | 180420 | 10st | 8st | 200220 |
| Indikator 3 | KVÅ - fysiskaktivitet | 6st | 180420 | 10st | 60st | 200220 |
| Indikator 4 | MedRave diagnos ostoporos | 54st | 180420 | 70st | 80st | 200220 |
| Indikator 5 | MedRave - Behandling av ostoporos | 35st | 180420 | 60st | 63st | 200220 |

Övriga kommentarer:

Vårdcentralen bytte ägare 201904, vilket har gjort det svårare att få faktiska siffror över Osteoporos patienterna. Alla Osteoporospatienter har ännu inte varit till sköterska eller läkare sedan förvärvningen, och då har diagnosen inte satts igen. Därför tror vi att mörkertalet är stort.

| Information om husläkarmottagning | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| Mottagningens namn | |
| Björkhagens HLM | |
| Verksamhetschef Pamela Diaz | Aktnummer (ifylles av HSF) |

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. Det finns ett stort mörkertal bland patienterna. Många läkare saknade kunskap kring behandling, framförallt vikten med insättning av Kalcium+d-vitamin i kombination med tex Alendronat och Zolendronat. Viktigt med väntelistor och att kalla patienterna. Nedskrivna rutiner gör att fler kan hitta patienterna. Information till patienten bör göras flera gånger. Repetition ger förståelse och ökad insikt i sin sjukdomsbild. Compliance ökar.

2. Vi har frågat patienterna som har bokats till sköterska om remiss till rehab är av intresse. Vi har förklarat vikten kring fysisk aktivitet och hur rehab kan bidra till att stärka rörelseapparaten och på så sätt eventuellt minska risken för fler frakturer. Vi har också tagit in patienterna upplevelser kring behandling med Zolendronat. Många äldre har tyckt det besvärligt att behöva dricka de mängder som behövs inför infusion.

3. Att diagnostisera samtliga patienter som fraxar över 15%. Fler patienter bör remitteras vidare till rehab för att gå i Osteoporoskola. Automatisera frax verktyget för patienter över 75år, precis som vi idag mäter väger patienterna.

4. Vi har hämtat vår data främst ifrån MedRave. Vi har hämtat riktlinjer från VISS.nu och även följt socialstyrelsen rekommendationer för Osteoporos.

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@sl.se