

## 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 startat en sköterskeledd osteoporosmottagning på vår vårdcentral. Patienter som antingen via en pågående osteoporosstudie kommit på remiss till oss och patienter som själva hör av sig eller fångas upp i samband med andra sköterske- eller läkarbesök, bokas in för besök hos en av våra sköterskor. Där sker en kort anamneshistoria och en översiktlig kartläggning av riskfaktorer för osteoporos, FRAX beräknas och dokumenteras i Take care. Sköterskan har till sin hjälp ett PM med instruktioner om handläggningssått. De patienter med en risk på minst 15 % enligt FRAX, bokas vidare in för läkarbesök och får innan dess lämna blodprover. Vid beställning av prover har vi skapat ett särskilt "osteoporospaket" som går lätt och snabbt att välja.

Initialt var bara en av sköterskorna inriktad på osteoporos men under året har vi börjat utvidga vår förbättringsidé till flera sköterskor. Alla läkare har under året tagit emot patienter med frågeställning osteoporos.

Tack vare deltagande i osteoporosstudien "Stop at one" har sköterskor och läkare på vårdcentralen fått utbildning inom osteoporos och frakturrisken. Flera av oss läkare har också tagit del av utbildning på annat håll. Liknande utbildningar finns sannolikt att ta del av i framtiden.

Vi har också en kvalitetsgrupp på vårdcentralen där personal från samtliga yrkeskategorier har deltagit, där vi bland annat arbetat fram hur sköterskemottagningen ska gå till samt haft diskussioner kring knepiga osteoporosfall. Vi har också utvärderat hur sköterskorna tycker att det fungerar med osteoporosmottagningen och även vad patienterna tyckt. Vissa patienter har framfört att de tycker det är onödigt med besök hos både sköterska och läkare men många har framfört att de lättare kan ta sig till information och rekommendationer tack vare vårt arbetssätt. Vi har alla försökt göra patienten delaktig i processen genom tydlig information kring behandling och om våra rekommendationer samt om framtida planering. Patienter som sätts in på benspecifik behandling följs upp på nytt läkarbesök alternativt avstämning via telefon.

Kvalitetsgruppen för osteoporos kommer att finnas kvar till dess att förbättringsåtgärderna för osteoporos är väl förankrade i verksamheten.

## 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)

	<b>Indikatornamn</b>	<b>Start-läge (% eller antal)</b>	<b>Datum/period för start-läge</b>	<b>Mål (% eller antal)</b>	<b>Resultat (% eller antal)</b>	<b>Datum/period för resultatvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med diagnos osteoporos och samtidig diagnos fragilitetsfraktur som står på benspecifik behandling.	6 (20 %)	18-12-31	30 %	18 st (44 %) 20 st (44 %) <b>19 (40 %)</b>	190531 190930 <b>191231</b>
<b>Indikator 2</b>	Antal FRAX-riskskattningar dokumenterat under rätt sökord för patienter som fått diagnosen osteoporos.	0	18-12-31	30 st	3 10 <b>16</b>	190531 190930 <b>191231</b>
<b>Indikator 3</b>						
<b>Indikator 4</b>						
<b>Indikator 5</b>						
<b>Övriga kommentarer:</b> Vi har fortlöpande haft avstämningar som visat att samtliga indikatorer har förbättrats.						

Antal patienter med osteoporosdiagnos är 154 st 191231, det har ökat från 98 st vid årets början.

Ett fokus med vårt förbättringsarbete har varit att hitta osteoporospatienter med genomgånga fragilitetsfraktur för att ge dem adekvat behandling och på så sätt minska deras risk för framtida frakturer. Andelen patienter med osteoporos och tidigare fraktur har ökat från 20 % till 40 %, vilket är högre än det mål vi satte upp. Vi har för övrigt uppmärksammat fler patienter med osteoporos rent generellt.

Antalet FRAX har ökat från 0 till 16 st som dokumenterats på rätt sökord. Vi har därmed inte uppnått vårt uppställda mål på 30 st men arbetet går i rätt riktning. En förklaring till att målet inte uppnås kan vara att FRAX görs men inte dokumenteras på rätt ställe, d.v.s. det skrivs in som fritext i stället för under rätt sökord.

### **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. Information och medvetenhet bland personalen och ett strukturerat tillvägagångssätt vid bemötande och omhändertagande av patienter har gjort att vi uppmärksammat fler patienter med osteoporos och med särskilt fokus på de med tidigare fragilitetsfraktur, för att vidare kunna erbjuda rätt behandling till rätt patient.

2. Tack vare reflektion i kvalitetsgrupp men också på personalmöten med samtliga medarbetare, har synpunkter från patienter tagits upp. Tydligt PM för handläggning hos sköterska ger också en tydlighet gentemot patienten. Då patienten träffar både sköterska och vidare även läkare ges möjlighet till upprepad information till patienten och möjlighet för patienten att reflektera och fundera mellan besöken och vidare ta med sig frågor som uppstått.

3. Kvalitetsgruppen fortsätter tills arbetssättet kring osteoporos känns väl förankrat. Fortsatt utbildning vid behov - intern och extern. Behålla vår osteoporosmottagning.

En utmatning för framtiden är att ha en väl fungerande frakturkedja inom SLSO. Då vi nu är delaktig i studien Stop at one och iom denna får remisser för de patienter som fått lågenergifraktur konstaterad på ortopedakutmottagning, har vi kunnat uppmärksamma och utreda många patienter med osteoporos och samtidig fraktur. Om denna frakturkedja inte fungerar lika bra i framtiden finns en risk att dessa patienter inte lika lätt kommer i kontakt med vårdcentralen. Om en sådan kedja kommer fungera i framtiden, står vi på vårdcentralen väl förberedda för att omhänderta, utreda och diagnosticera osteoporospatienter och ge dem rätt behandling.

4. Medrave. Take care. Viss.nu. Janusinfo. Socialstyrelsens riktlinjer.

**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 [forbatteringsarbeten.hsf@sll.se](mailto:forbatteringsarbeten.hsf@sll.se)