

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Essinge vårdcentral	
Verksamhetschef Martina Engman	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.

Anna Flod, Specialist i allmänmedicin, 08 123 397 23
Anna.flod@sll.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

Osteoporos är vanligt, underdiagnostiserat samt underbehandlat samtidigt som effektiv förebyggande behandling finns för att undvika frakturer. För att behandla måste vi förstahitta dem. På Essinge vc har vi under 2018 satt diagnosen osteoporos på 15 patienter, lågenergifraktur på 3 patienter. Incidensen bör vara 25 resp 117 patienter sett till befolkningsstorleken. Att diagnosen lågenergifraktur inte sätts på vårdcentral är naturligt då vi inte behandlar tillståndet normalt.

Under 2018 har vi dokumenterat 0 st Frax och 0 stycken bentäthetsmätningar under sökbar term i journalen. Av de tre patienter som fått en lågenergifraktur hade 0 fått benspecifik behandling. Av de 15 personer med osteoporosdiagnos hade 10 benspecifik behandling.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Essinge vårdcentral	
Verksamhetschef Martina Engman	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>
<p>Vi har identifierat en brist i diagnossättning av frakturer och osteoporos samt dokumentation av FRAX och bentäthetsmätning. När diagnosen väl är satt har vi i nuläget ett rimligt antal som har benspecifik behandling. Vi kommer därför att se på indikatorer relaterade till diagnossättning och upptäckt av osteoporos. Personer över 50 år och som är listade på Essinge vc under år 2018 undersöks i MedRave map diagnoser osteoporos (M80-M83), bentäthetsmätning, risk för fraktur (höft eller ”major osteoporotic”). Diagnoskoder av intresse för fragilitetsfrakturer är s22, S32, S42, S52 och S72.</p>
<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>Vårt mål är att fler patienter utreds för osteoporos, får diagnosen, och att en korrekt andel av dessa får benspecifik behandling.</p>
<p>Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)</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 interventionen ansluta till Stop at Ones som innebär att vi får remisser från ortopedakuten vid lågenergifrakturer. Innebär också två tillfällen under 2019 för läkare och sköterskor med utbildning om osteoporos och benspecifik behandling.</p> <p>Under läkarmöte gå igenom hur vi korrekt dokumenterar FRAX och bentäthetsmätning.</p> <p>Under läkarmöte gå igenom de diagnoser som är intressant att utforska eventuella osteoporos vid (KOL, kortisonanvändning, reumatisk sjukdom, frakturer.</p> <p>b. Sträva efter att göra FRAX tillsammans med patienten i rummet för att göra dem delaktiga i kunskapen kring osteoporos i deras specifika fall.</p>

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Essinge vårdcentral	
Verksamhetschef Martina Engman	Aktnummer (ifylles av HSF)

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 snabbspirometri 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 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 snabbspirometri per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Antal FRAXmätningar som dokumenterats	0 st	2019-03	> 10 st	20191231
Indikator 2	Antal fragilitetsfrakturer diagnostiserade	0	2019-03	50 st	20191231
Indikator 3	Andel patienter med fragilitetsfraktur som genomgått FRAX	0	2019-03	50 %	20191231
Indikator 4	Antal osteoporosdiagnoser	15 st	2019-03	20 st	20191231
Indikator 5	Andel av dessa som har benspecifik behandling	67 %	2019-03	70 %	20191231

Kommentar (valfritt):

Vilka källor tar ni era data från:

Medrave 4

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: forbattningsarbeten.hsf@sll.se

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Essinge vårdcentral	
Verksamhetschef Martina Engman	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.

Genom att börja uppmärksamma FRAX-räkning osteoporosdiagnos kommit fram till att det enklaste sättet är att dokumentera FRAX under egen rubrik och bentäthetsmätning som åtgärdskod när vi beställer undersökningen.

Diskussionen har vi fört på läkarmötet under 2-3 ggr under året med påminnelse om hur vi dokumenterar.

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 FRAXmätningar som dokumenterats	0	2019-03	>10	12	20191231
Indikator 2	Antal fragilitetsfrakturer diagnostiserade	3	2019-03	50 st	2 (51)*	20191231
Indikator 3	Andel patienter med fragilitetsfraktur som genomgått FRAX	0 st	2019-03	100 %	20 % *	20191231
Indikator 4	Antal osteoporosdiagnoser	15 st	2019-03	20 st	18 st	20191231
Indikator 5	Andel av dessa som har benspecifik behandling	67 %	2019-03	70 %	72 %	20191231

Övriga kommentarer:

- 51 st har diagnosen lågenergifraktur någonsin men endast 2 st under 2019. 12 av dessa har dokumenterad FRAX. Samtliga FRAX någonsin dokumenterades 20190401-20191231.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Essinge vårdcentral	
Verksamhetschef Martina Engman	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.
Vi har medvetandegjort osteoporos som är en diagnos som i vårt ständiga snabba flöde behöver uppmärksammas även vid andra diagnoser. Det har inte kommit många remisser inom projektet Stop At One utan stora delen av uppmärksammade fall har gjorts av läkargruppen efter synliggörande av det på läkarmöten och utbildning. Primärvården är bästa platsen att sammanlänka en patienten anamnes för att upptäcka osteoporos , men många relevanta diagnoser (ffa frakturer) ställs på andra kliniker.

2.
Vi har tillsammans med patienten räknat FRAX i rummet. Våra repeterade kunskaper om behandlingsalternativ har givit mer flexibilitet att erbjuda patienten val av behandling.

3.
Vi kommer framgent att använda våra nya rutiner för dokumentation och bentäthetsmätning. Det vill säga ta med FRAX som en naturlig del i våra konsultationer. Eventuellt kan vi lägga in det som en faktor i mallen för andningsvägar och läkemedelsgenomgång i vårt jnl-system.

4.
Vi haft föreläsningar ggr två av Hans Ranch-Lundin, APC. Medrave har använts som källa för att kontrollera läget ett par ggr under perioden. Informationen i viss och internetmedicin samt andra källor har varit bra för att komma åt kunskap snabbt.

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 forbattringsarbeten.hsf@sll.se