

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Johannes Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Nathalie Dzabic	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.

Malin Falk Sträng: ST-läkare; malin.falk-strang@sll.se
Nathalie Dzabic: Spec i allmänmedicin, Verksamhetschef; nathalie.hollink-dzabic@sll.se
Nanna Schumacher-Qwerin, medicinskt ansvarig läkare, nanna.schumacher-qwerin@sll.se
Övriga teammedlemmar: alla distriktssköterskor medverkar.

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

Johannes HLM har en hög andel äldre patienter, varav ett hundratal är inskrivna i hemsjukvården. Vårdcentralen har god kontinuitet för multisyjuka patienter enligt PrimärvårdsKvalitet, har låg personalomsättning och välfungerande samarbete mellan olika personalkategorier bla i form av team läkare-DSK-USK.

I november 2018 hade vårdcentralen enligt Liston ca 10380 listade patienter, varav 690 var 75 år eller äldre, 930 var 65-74 år, såldes var 1620 patienter 65 år eller äldre. Enligt dataextraktion i MedRave M4 har 85 patienter under perioden 18-05-01 – 19-02-28 en osteoporosdiagnos registrerad i Take Care, varav 75 patienter är 65 år eller äldre, 55 patienter är 75 år eller äldre. Av samtliga 85 har

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Johannes Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Nathalie Dzabic	Aktnummer (ifylles av HSF)

41 patienter ordinerats benspecifik behandling (Alendronat, Zoledronsyra, Denosumab). Således har 48% av patienter med osteoporosdiagnos benspecifik behandling.

Enligt Socialstyrelsens rapportering har ca var tredje kvinna i åldern 70–79 år osteoporos. Över 80 år är prevalensen ca 50% hos kvinnor. Cirka 50 procent av alla kvinnor och 25 procent av alla män beräknas få en osteoporosrelaterad fraktur under sin livstid. Av våra 690 patienter som är 75 år eller äldre torde betydligt fler än 55 personer ha osteoporos och vara betjänta av behandling.

Av ovanstående data bedömer vi att vi har en stor underdiagnostik och underbehandling av osteoporos på Johannes husläkarmottagning.

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.....**

Osteoporos

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

Vi vill genomföra en intervention för att öka diagnostik och behandling av osteoporos.

Osteoporos är nationellt och internationellt sett vanligt, underdiagnostiserat och underbehandlat. Frakturer till följd av osteoporos medför stort lidande för patienten med långdragen smärta, begränsning av livskvalitet och vid höftfraktur även ökad dödlighet. Det finns god evidens för benspecifik behandling, ffa som sekundärprofylax efter en fragilitetsfraktur. Behandling har också bedömts av Socialstyrelsen som kostnadseffektiv.

Steg 4 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet?

- 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.
- 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](#).

a. Tillvägagångssätt:

- Internutbildning för läkare och distrikssköterskor (Dsk) med start i maj-19, vid konferens vår + höst samt deltagande i studien Stop At One Stockholm.

- Dsk kompletterar med screeningfrågor vid 75-år-hälsosamtal, KOL-samtal, etc.
- Läkare ställer screeningfrågor till patienter med riskfaktorer för osteoporosutveckling.

--> Ja på screeningfråga -> läkarbesök med FRAX och ställningstagande till DXA -> återbesök med ställningstagande till benspecifik behandling.

- Jämförelse i M4 av processmått före intervention (2018-05-01 – 19-02-28) och efter (2019-05-01 – 20-02-28) och som utfallsmått under samma period antal patienter med osteoporosdiagnos och andel som erhållit benspecifik behandling. Vi har valt att jämföra samma period under två år i följd.

- Om möjligt tillägg i TakeCare för att möjliggöra sökning på sökord DXA/DEXA (finns inte som sökord i TakeCare i nuläget) och FRAX. Användning av mall för Benskörhet/Bentäthetsmätning.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Johannes Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Nathalie Dzabic	Aktnummer (ifylles av HSF)

- b.
- Inbjudningar till hälsosamtal för patienter över 75 år.
 - Information i väntrum.
 - Screeningformulär för patienter.

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 (1)	Mål (% eller antal)	Datum för att uppnå mål-värdet
Indikator 1	Antal pat där FRAX gjorts	okänt	20190228	150	20200228
Indikator 2	Antal pat där DXA-mätning gjorts(2)	okänt	20190228	80	20200228
Indikator 3	Antal pat med osteoporosdiagnos	85	20190228	130	20200228
Indikator 4	Andel av pat med osteoporosdiagnos som står på benspecifik behandling(3)	48%	20190228	60%	20200228
Indikator 5					

Kommentar (valfritt):

(1) Datumet är slutdatum för perioden som vi jämför med (2018-05-01 – 19-02-28).

(2) Denna mätning är önskvärd men i nuläget ej helt säkert genomförbar då rubrik/sökord för detta saknas i TakeCare.

(3) Mätningen av benspecifik behandling kommer att göras på patienter som ordinerats denna behandling. I denna studie kommer vi inte att undersöka följsamheten till behandling.

Steg 6 Dags att testa era förbättringsidéer.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Johannes Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Nathalie Dzabic	Aktnummer (ifylles av HSF)

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 Johannes Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Nathalie Dzabic	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.

Framtagning av en lättillgänglig lathund med riskfaktorer, screeningfrågor och handlingsplan vid misstanke om osteoporos. Revidering av lathunden efter inkomna synpunkter.

Framtagning av en särskild lab-grupp i TakeCare för att underlätta provtagning vid utredning.

Kontinuerliga påminnelser om att uppmärksamma patienter i riskgrupp för osteoporos.

Förtydligande av riktlinjer kring behandlingsindikation, hänvisning till Kloka Listan.

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 pat där FRAX gjorts	Okänt	20190228	150	12	20200228
Indikator 2	Antal pat där DXA-mätning gjorts	Okänt	20190228	80	okänt	20200228
Indikator 3	Antal pat med osteoporosdiagnos	85	20190228	130	82	20200228
Indikator 4	Andel av pat med osteoporosdiagnos som står på benspecifik behandling	48%	20190228	60%	66%	20200228
Indikator 5	Antal pat som står på bensparande beh	111	20190228		130	20200228
Indikator 6	...varav Zoledronat	16%	20190228		28%	20200228
Indikator 7	...samtidig oral kortisonbeh, antal	28	20190228		32	20200228

Övriga kommentarer:

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn

Johannes Husläkarmottagning

Verksamhetschef

Nathalie Dzabic

Aktnummer (ifylles av HSF)

I tabell B syns att det har tillkommit indikatorer som inte fanns med i del 1. Anledningarna till det förklaras nedan. De nya indikatorerna kommer således inte att ha med några mål utan förändringarna observeras endast i efterhand, men ger tillsammans en mer komplett bild.

Vid slutredovisningen visade det sig vid sökning i MedRave under Frakturrisik, riskfaktor "Osteoporos" att antalet pat med diagnos Osteoporos överraskande hade minskat under den nya perioden. Vid en ny sökning av den förra perioden (-18) hittade vi endast 77 patienter, trots att en likadan sökning förra året visade 85 patienter. Minskningen från 85 till 77 torde bero på att flera patienter med diagnos avlidit eller flyttat till säbo.

Även en ökning från 77 till 82 verkade överraskande blygsamt med tanke på vår insats under året. Därför gjordes en annan sökning, både för -18 och -19, där endast "bensparande" angavs som riskfaktor. Denna sökning visade en ökning av avtal patienter med bensparande behandling från 111 till 130 patienter, dvs 19 patienter. Av dessa har en del oral kortisonbehandling (28 - 32 patienter), varav en del kanske står på bensparande behandling endast i profylaktiskt syfte, tex vid PMR. Även om samtliga dessa patienter räknas bort (tex 2019; 130 minus 32 =98) så återstår det betydligt fler än de 82 som fått osteoporosdiagnos.

Det är tolkningen av de stora skillnaderna i data som är intressanta.

Vår slutsats till den skillnad i antal patienter med osteoporos som uppstår vid sökningarna är att patienterna under aktuella perioder inte fått diagnosen satt i sin journal, tex pga ett uteblivet årsbesök eller att läkaren missat att skriva in diagnosen vid något besök under året.

Intressant är också indikator 4, där andelen pat av de med diagnos, som står på bensparande behandling, har ökat kraftigt från 48% till 66%. Mål hade satts till endast 60% vilket beror på att många patienter lever länge med sin diagnos och redan är färdigbehandlade. Att andel nu ökat så kraftig i kombination med det faktum att många gamla färdigbehandlade avlidit eller flyttat, men många nydiagnosticerade än nyinsatta på behandling.

En annan positiv siffra är andelen av bensparande läkemedel som utgörs av Zoledronat (tex "Aclasta"), vilken har ökat från 16% - 28%. Detta stämmer väldigt väl överens med de nya riktlinjerna i Kloka Listan, då man sett att årlig infusion av bisfosfonat är mer effektiv och mindre förknippat med biverkningar än veckotablett. Andelen som får Prolia visade sig vara oförändrad (från 15% till 14%) medan Alendronat minskat (från 55% till 43%) vilket vi uppfattar är i enlighet med rekommendationerna.

Det har inte gått att hitta information i MedRave om DXA-mätning, eftersom DXA inte in nuläget ligger sökbart i rubriknivå i TakeCare. FRAX finns möjlighet att söka för under riskfaktorer, vid bland de 130 patienter som har bensparande under 2019 hittades FRAX hos 12 patienter och endast hos 1 patient under 2018. Vår bedömning är att FRAX har använts för betydligt fler patienter, men att det inte registrerats i journalen på ett sätt som möjliggör sökning i MedRave.

Slutligen har en kontroll gjorts i GUPS (med hjälp av Christine Fransson), vilken visar att av de listade patienterna på Johannes HLM har 136 personer fått diagnos osteoporos någonstans i Region Stockholm de senaste 5 åren. Av dessa har 110 patienter fått diagnos satt på Johannes HLM under de senaste 2 åren. Detta ger en mycket hög detektionsgrad på 81%, vilken är bland de högsta i regionen, betydligt högre än genomsnittet.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Johannes Husläkarmottagning	
Verksamhetschef Nathalie Dzabic	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.
Kunskap faller snabbt i glömska. Bra med täta repetitioner och påminnelser. Praktiskt och till god hjälp med en lättillgänglig lathund. Insikt att det finns en skepsis hos många patienter inför behandling med bensparande. Viktigt att vara påläst för att kunna ge bra information. Insikt i att man med riktade insatser kan uppnå högre resultat.

2.
Dialog med patienterna i samtal med DSK och läkare kring vikten av behandling, oro pga ärftlighet eller andra riskfaktorer. Diskussion om lämplig utredning och behandling med patienter och ibland anhöriga.

3.
Trots dessa goda siffror har vi alltjämt en kraftig underdiagnostik sett till prevalensdata och det finns goda skäl att fortsätta arbetet med att hitta de patienter som är betjänta av insatser för att minimera frakturrisken. Effektiva åtgärder som vi planerar fortsätta med är: kompetenshöjning hos medarbetare, användningen av lathunden och påminnelser om screeningfrågor, samarbetet med Stop At One där vi får veta vilka patienter som drabbats av fraktur.

4.
Take Care, Liston, MedRave4, GUPS.

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