

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.

Roopa Nayak, ST- Läkare, roopa.nayak@sll.se

Roland Morgell, DL, MAL, roland.morgell@sll.se

Katja Raetz, sjuksköterska, katja.raetz@sll.se (tom augusti 2019)

Reza Mohammadi, DL, V-chef, reza.mohammadi@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 ett tillstånd som kan medföra långvarig smärta, funktionsnedsättning och förtida död. 2018 hade Jordbro vårdcentral ett kvalitetsprojekt som syftade till bättre vård av patienter med kroniska tillstånd. Vi uppnådde goda förbättringar i flera avseende men när det gäller osteoporos har vi fortfarande trots utbildningsinsatser stora behov av ytterligare förbättringar. På Jordbro VC har vi 19 % befolkning som är >65 år, <1% registrerat osteoporos diagnos eller FRAX skattning som registrerat på Med rave (prevalens för osteoporos är 30% i Sverige för befolkning mer vänlig 50 år). Vi behöver implementera fungerande rutiner för att upptäcka, utreda och behandla osteoporos.

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 förbättra screening, diagnos och behandling av våra äldre högrisk patienter med hög frakturrisk pga låg bentäthet som är viktigt för att minska frakturrisk och sjuklighet.

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](#).
- Kortlista patienter >65 års ålder med sökord i Med Rave med högrisk Exempelvis tidigare låg energi fraktur, kortison behandling, låg BMI, osv.
 - Alla remisser för fraktur ska utreddas enligt ett protokoll.
 - Utbildning för personal om osteoporos
 - FRAX (Fraktur risk assessment) och DEXA undersökning för högrisk patienter eventuellt registrera värde.
 - Insättning av Osteoporos diagnos och behandling

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 snabbspirometrier 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 snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (antal)	Datum/period för startläge	Mål (antal)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	FRAX	5	2018	40	20191231
Indikator 2	Osteoporos (M80 i medrav)	12	2018	30	20191231
Indikator 3	Benspecifik behandling	14	2018	20	20191231
Indikator 4	DXA	0	2018	12	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 arbetsättet. **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

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.

En ST-läkare (Roopa) har varit drivande i förbättringsarbetet med stöd av verksamhetschef och handledare som även är medicinskt ansvarig läkare. I projektgruppen har även ingått en sjuksköterska med ansvar för äldremottagning, hon har dock utan specifik ersättare augusti slutat arbeta på vårdcentralen.

Vi har planerat och genomfört utbildningar för vårdcentralens läkare och sjuksköterskor med syfte ökad motivation och kompetens att upptäcka och behandla patienter där osteoporos kan föreligga. Roopa har även successivt gett återkoppling kring det ökade antalet patienter med påvisad osteoporos.

Förutom bedömning av patienter över 60 års ålder som sökt vårdcentralen har vi aktivt sökt upp och kontakt patienter med risk för osteoporos.

Med Medrave har vi sökt fram patienter med KOL, långvarig peroral steroidbehandling, tidigare fraktur eller låg BMI med hög risk för osteoporos. Även andra äldre patienter som kommit för uppföljning av kronisk sjukdom har av läkare eller sjuksköterska screenats med FRAX.

Patienter med tidigare höftfraktur eller kotkompression utreddes och behandlades med benspecifikt läkemedel. FRAX > 15 utan fraktur eller klinisk misstanke om osteoporos remitterades för DEXA.

Alla patienter med konstaterad osteoporos har i journalen fått ICD-diagnos och blivit uppsatta i en särskild patientlista för fortsatt uppföljning.

Patienter med långvarig peroral steroidbehandling har bedömts ha kraftig ökad risk för osteoporos och därför insatts förebyggande behandling enligt SoS riktlinjer.

Patienter med påvisad osteoporos har fått muntlig och skriftlig information samt remitterats till osteoporoskola på rehab.

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 (antal)	Datum/period för startläge	Mål (antal)	Resultat (antal)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	FRAX	5	2019-01-31	40	79(som blev registrerat)	2020-01-31
Indikator 2	Osteoporos (M80 i medrav)	12	2019-01-31	30	51	2020-01-31
Indikator 3	Benspecifik behandling	14	2019-01-31	20	39	2020-01-31
Indikator 4	DXA	0	2019-01-31	12	25(manuell t räknat)	2020-01-31

Övriga kommentarer:

3 antal patienter med kortison behandling har blivit insatt förebyggande behandling utan påvisad osteoporos.

FRAX utfört via SSK mottagning, och några läkare blev inte registrerat pga extra administrativa tid som behövdes.

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 blivit bättre på att screena patienter med FRAX, sätta diagnosen, och att utreda och behandla patienter med påvisad osteoporos eller risk för osteoporos,

2. Genom detta kvalitetsarbete har vi genom dialog med patienter fått ökad insikt om deras syn på osteoporos och behandlingsalternativ. Vi har konstaterat att det hos många patienter finns stora behov av ökad information och kunskap.

3. Vi avser att försöka återuppta äldremottagning sedan vi rekryterat en ersättare till sjuksköterska som slutat. Vi avser även ha en särskild osteoporosmottagning.

4 Medrave M4.

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