

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Lidingödoktorn	
Verksamhetschef David Lefvert	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 forbatteringsarbeten.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.

Åsa Tunelli - specialist allmänmedicin
Grace Linden - specialist allmänmedicin
Elisabeth Angblad – distriktssköterska
Kontaktperson Åsa Tunelli, asa.tunelli@ptj.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

Lidingödoktors husläkarmottagning har många äldre patienter, cirka en fjärdedel av våra knappt 11000 patienter är över 65 år. Osteoporos med fragilitetsfraktur-er är en av de av stora folksjukdomarna i Sverige och ökar med stigande ålder. Risken att få en osteoporosrelaterad fraktur under livet för en kvinna i Sverige är 50% och för män 25%. Förekomsten av osteoporos bland kvinnor i Sverige är åldersberoende och ökar till 50 % vid 80 års ålder. Även frakturrisken är starkt åldersberoende. Utvecklingen av osteoporos beror även på andra faktorer såsom livsstil och ärftlighet. Kunskapen om hur osteoporos kan förebyggas ökar och behandlingsalternativen blir fler.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Lidingödoctorn	
Verksamhetschef David Lefvert	Aktnummer (ifylles av HSF)

Vi noterar att vi har identifierat relativt få patienter med diagnosen osteoporos.

Vi noterar att vi har identifierat relativt många patienter med frakturer (höft, radius och vertebra).

Vi noterar att vi har brister i rutinerna hur vi hanterar våra patienter med diagnosen 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. Benskörhetspatienter.

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

1. Öka kunskapen om osteoporos hos medarbetarna för att kunna ge rätt råd och vård.
2. Öka detektionsgraden och förbättra omhändertagandet av våra patienter med osteoporos för att kunna starta patientutbildning och behandling i god tid
3. Etablera rutiner för detektion, kontroll, utbildning, behandling och ett tvärprofessionellt samarbete för att uppnå god kvalitet i omhändertagande av våra patienter med osteoporos.

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

- 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.
- 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](#).

a.
Vi vill förbättra våra kunskaper om benskörhet och frakturprevention i alla yrkesgrupper: läkare, sjuksköterskor och undersköterskor.
- Vi anmälde oss till studien ”Stop at One Stockholm”, och hamnade i kontroll gruppen. (Studieansvarig: dr Hans Ranch Lundin)
- Vi har läst igenom vårdprogram på VISS och tagit till oss ett flödesschema.
- Vi kommer att bjuda in externa föreläsare, utbilda oss i bl a FRAX, bli bättre avseende tolkning av DXA, samarbeta med sjukgymnaster kring fall och frakturprevention
- Vi vill utarbeta en checklista/ mall för besök hos läkare och sjuksköterska för att underlätta att följa upp patienter under tid, kalla för regelbundna kontroller, se till att optimera behandling, kunna ta ut statistik för att kvalitetssäkra och följa upp samt utvärdera.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Lidingödoctorn	
Verksamhetschef David Lefvert	Aktnummer (ifylles av HSF)

--

b.

Mål att kunna identifiera, behandla och följa upp patienter enligt rutiner, förebygga fall och fraktur hos benskrörta patienter. Förbättra samarbete med sjukgymnaster, anhöriga och hemtjänst.

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 patienter med diagnos osteoporos registrerade i TC/ journal	97	1/1-31/12 2018	Ökning med 50%	20191231
Indikator 2	Andel pat med benskrörhet som har varit på årlig kontroll, där läkemedelsgenomgång är gjord, rökvanor är registrerade, BMI samt ev FRAX-värde.	BMI reg hos 66% Rökvanor reg hos 72% FRAX-ingen statistik	1/1-31/12 2018	BMI reg 100% Rökvanor reg 100% Minst 30 %	20191231

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Lidingödoktorn	
Verksamhetschef David Lefvert	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 3	Andel av patienter med benskörhet som har träffat sjukgymnast eller dsk och fått information om fall och fraktur prevention	Ingen statistik	1/1-31/12 2018	Minst 50%	20191231
Indikator 4	Andel pat med benskörhet som står på benspecifik behandling	47%	1/1-31/12 2018	75%	20191231
Indikator 5	Andel patienter som genomgått DXA mätning de senaste 5 år	Ingen statistik	1/1-31/12	50%	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 Lidingödoctorn	
Verksamhetschef David Lefvert	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.

Med hjälp av MedRave har vi identifierat alla patienter med riskfaktorer för benskörhet samt diagnosen osteoporos.

Alla husläkare på mottagningen har uppdaterat listor med patienter som redan fått diagnos osteoporos tidigare, samt patienter som befinner sig i riskgrupper för benskörhet, alltså de patienter med tidigare fraktur, patienter med kortisonbehandling mer än 3 mån el annan farmakologisk behandling som ökar risken för osteoporos, personer med KOL och ffa de med lågt BMI, rökare, personer med ärftlighet för osteoporos mfl.

En av distriktsläkarna och en distriktsköterska har utarbetat rutiner och skapat en Osteoporosmottagning under året!, med god hjälp av aktuellt kvalitetsarbete.

Vi har skaffat en gemensam struktur, en mall/checklista som vi fyller i vid utredning, behandling och i samband med återbesök/ kontroller.

Läkarna kallar sina patienter identifierade utifrån riskgrupper till ett läkarbesök där hen undersöker patienten, fyller i checklistan enl mall samt för in uppgifter i journalen. Därefter görs bedömningen huruvida att ev gå vidare med ytterligare utredning tex DXA eller kompletterande prover. Läkaren ordinerar planerad behandling/ behandlingslängd samt kontrollerar att korrekt diagnos är satt. Distriktsköterska följer upp patienten på Osteoporosmottagningen, ger ev parenteral behandling med benspecifikt läkemedel, informerar om ev tänkbara livsstilsförändringar som förbättrade kostvanor, ev rökstopp, motion mm. Dessutom planeras för uppföljning hos läkare eller distriktsköterska framöver, bla behandlingskontroll, nästa planerade benspecifika behandling framöver, ev fortsatt rekommendation kring livsstilsförändringar, osteoporoskola etc. Väntelistan uppdateras.

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	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Datum/period för resultatvärdet
	T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol					

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Lidingödoktorn	
Verksamhetschef David Lefvert	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 1	Antal patienter med benskörhet reg i TC journal	97	1/3 2019	50%	181 (ökning 86%)	20200320
Indikator 2	Andel pat med benskörhet som har varit på årlig kontroll, o som har gjort läkemedelsgenomgång, där rökvanor är reg, samt BMI, ev FRAX	BMI 66%		100%	88%	20200320
		Rökvanor 72%		100%	93%	20200320
		FRAX ingen stat		minst 30%	21%	20200320
Indikator 3	Andel patienter med benskörhet som träffat sjukgymnast eller dsk och som fått information om fall- och frakturprevention	Ingen statistik		minst 50%	109 pat= 60%	20200320
Indikator 4	Andel pat med benskörhet/ osteoporos som står på farmakologisk behandling	47%		minst 75%	100%	20200320
Indikator 5	Andel pat som genomgått DXA mätning senaste 5 år	Ingen statistik		50%		20200320

Övriga kommentarer:

Vi har lagt en till indikator:

Andel patienter med fraktur som fått osteoporosdiagnos (manifest osteoporos) och behandling:

År 2018, 52 patienter med fraktur, varav 5 st som fick diagnos osteoporos.

År 2019, 61 patienter med fraktur, varav 15 st som fick diagnos osteoporos.

1. Vi har ökat detektionsgraden, dvs ökat antal patienter med osteoporosdiagnos, och alltså uppnått vårt mål avseende detta.

2. Vi har ökat andel patienter där längd och vikt registreras i journalen, dock ej till 100%, (ökning från 66% – 88%). Detta beror på att en del patienter, ffa de äldre, har flyttat till annat boende, eller avlidit. Några av de yngre har bytt mottagning. Vi har identifierat patienter med osteoporos och BMI <20, 35 patienter. Alla dessa patienter har erbjudits motiverande samtal kring kost, fått hjälp med näringsdrycker samt fått dietistkontakt.

7 st patienter som röker har identifierats och erbjudits hjälp enligt ”MI” eller information kring ”sluta-röka”program hos våra distriktsköterskor.

All personal på mottagningen har utbildats i att beräkna osteoporosrisk enl FRAX. Alla nyidentifierade patienter i riskgrupperna för osteoporos/ benskörhet/ behov av benspecifik behandling har ”FRAX-ats”, eller bedöms på annat sätt. Vi behöver fortsatt komma på bättre rutiner för att föra in ffa ”riskpatienterna” på ett strukturerat sätt i journalen, för att bättre kunna följa dessa, samt för att kunna ta ut statistik.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Lidingödoctorn	
Verksamhetschef David Lefvert	Aktnummer (ifylles av HSF)

3. Vår distriktsköterska på Osteoporosmottagningen har träffat 109 patienter med osteoporosdiagnos under de senaste 12 månader. Hon har informerat om fraktrisk, fallprevention, livsstilsförändringar mm. Våra sjukgymnaster på Lidingö Rehab har grupputbildning för våra bensköra patienter ang ffa fallprevention.

4. Vi har kunnat ta ut statistik att 100 % av våra patienter med benskörhet står på farmakologisk behandling:

77 % med benspecifika läkemedel samt kalk- och D -vitamin,
23 % med enbart kalk-och D-vitamin .

5. Vi har inte haft någon statistik för DXA-kontroller på våra bensköra patienter före år 2019. Nu har 50% av våra patienter gjort bentäthetsmätning under de senaste 12 månaderna .

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 ökat våra kunskaper om osteoporos i alla yrkesgrupper på mottagningen. Vi har fått avsevärt bättre kunskaper för att kunna identifiera riskpatienter. Vi har bättre rutiner kring utredning, bättre kunskaper av tolkning av DXA-mätning, samt förstås blivit bättre på att veta när benspecifik behandling bör ges, och i sådana fall vilken behandling och under hur lång tid. Vi gör regelbundna kontroller och följer upp dessa patienter på ett strukturerat sätt. Vi har läst och följer rekommendationerna på VISS. Vi har läst ett par andra vårdprogram, vi har fått utbildning av en extern föreläsare, dr Sigrídur Björnsdóttir som är överläkare på endokrinologen NKS. En läkare och en dsk har deltagit i en 2-dagars utbildning kring osteoporos. Vi har haft möte med sjukgymnaster på Rehab City ang fallrisk, fall prevention. Vi har fått föreläsning samt utbildningsmateriel av ett par olika läkemedelsrepresentanter/- företag. Vi har haft en intern utbildning för all personal på mottagningen i form av en ” kompetenslunch”, där vi presenterade resultatet av vårt kvalitetsarbete. Alla deltog i denna kompetenslunch.

2.En av våra distriktsköterskor har etablerat en Osteoporosmottagning, där hon träffat patienter med manifest osteoporos samt patienter i riskgrupper. Hon har informerat, diskuterat livsstilsfrämjande faktorer som bla kost och motion, ev rökstopp. Patienterna har varit delaktiga i samband med dessa möten. Förutom ”kontroll” mer specifikt kring den farmakologiska behandlingen och dess ev effekt, har det gjorts vikt- och längdkontroller. Sköterskan har ibland skrivit ”aktivitetsrecept”/ FAR och/eller remitterat till sjukgymnast för ”osteoporoskola”.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Lidingödoktorn	
Verksamhetschef David Lefvert	Aktnummer (ifylles av HSF)

3. Under de senaste 12 månaderna har vi på Lidingödoktorn lagt ner extra fokus på våra bensköra patienter. Alla yrkesgrupper har noterat att förbättringsarbetet har lett till ett bättre omhändertagande av våra patienter, ffa de med riskfaktorer för osteoporos. Vi tycker att vi ger bättre vård, vi har ett bättre samarbete med våra närliggande sjukgymnaster, arbetsterapeuter samt personal inom hemtjänsten. Vi har ökat våra kunskaper om osteoporos, och vi kommer att fortsätta arbeta enligt den nyupparbetade strukturen med dess rutiner tack vare vårt genomförda arbete. Vi kommer att vara fortsatt aktiva att identifiera patienter i riskgrupper för osteoporos, vi kommer vb att utreda dessa, försöka att optimera behandlingen samt följa upp patienterna regelbundet på vår mottagning. Kontinuerligt ska vi försöka fortsatt öka våra kunskaper, och hålla oss uppdaterade kring ev nyheter/ förändrade behandlingsrekommendationer, kring osteoporos, för att ytterligare kunna göra ett bättre arbete med våra patienter inom detta område.

4.
Medrave 4.

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