

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Segeltorps Vårdcentral	
Verksamhetschef Natalie Neikter	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.

Natalie Neikter (DSK, Verksamhetschef) Margareta Liander (Enhetschef) Laras Haasper (ST-Läkare) Emelie Larsson Virgin (SSK)

Steg 1 Beskrivning av nuläget

a.Segeltorps Vårdcentral har flera stora patientgrupper med specifika behov. Dessa är patienter med hypertoni, diabetes, patienter som står på blodförtunnande läkemedel samt patienter med astma/KOL. Alla dessa patientgrupper är i behov av stöd gällande livsstilsförändringar då symtomen och komplikationer kan minskas om patienter genomför livsstilsförändringar. Vi har även en stor andel äldre patienter listade hos oss. Hos personer över 65 års ålder är osteoporos ett tillstånd som är vanligt och ofta är underdiagnostiserat och underbehandlat. Det är förenat med ett stort lidande för den drabbade, med sänkt livskvalitet och ofta med smärta till följd av frakturer. Patienter med osteoporos behöver identifieras och få rätt behandling och stöd.

b Vi är bra (patienterna kallas bla regelbundet till besök hos Läkare/DSK/ SSK) på att ta hand om de flesta av våra stora patientgrupper men vi behöver ta hand om våra patienter med osteoporos. När vi tittat i medrave ser vi att det vi är bra på gällande patienter med osteoporos diagnos är att ta BMI, 63 av 74 patienter (85 %) har aktuellt BMI (2018). Detta visar att det finns en stor samsjuklighet med andra diagnoser/sjukdomar då patienterna inte varit på vc gällande sin osteoporos diagnos utan i annat ärende. Vi har en stor förbättrings potential gällande att identifiera patienter, ge rätt behandling samt att de bokas till för SSK besök och blir omhändertagna enligt vårdprogram enligt viss.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Segeltorps Vårdcentral	
Verksamhetschef Natalie Neikter	Aktnummer (ifylles av HSF)

--

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.....**

Vi har valt att jobba med utredning, diagnostik och behandling av osteoporos. Vi vill att fler patienter identifieras och att fler av patienterna med diagnos får rätt behandling och att de får träffa DR/SSK/DSK.

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

- Vårt mål är att fler patienter utreds för osteoporos för att minska mörkertalet och att en större andel av de med diagnosen osteoporos ska få benspecifik behandling. Alla patienter med diagnos årligen skall få träffa SSK/ DSK
- Vi kommer regelbundet ta data från medravel för att kunna identifiera/ kalla patienterna med osteoporosdiagnos (M80, M81, M82, M83, M85) till SSK. SSK/DSK kommer använda journalmallen benskörhet för att underlätta identifieringen av hur många patienter som fått ett SSK/DSK besök. Vi har idag 88 patienter (vi har tagit data från 20150320-20190320 för att hitta utgångsvärdet) med diagnos och 0 patienter har kallats till SSK (basvärde 190320 0 st). Indikator 1- hur många patienter som pga sin osteoporosdiagnos träffat SSK / DSK. Alla läkare som träffar patienter med riskfaktorer meddelar SSK så hon kan kalla för FRAX.
- Vi hoppas kunna uppnå ovan redovisade önskat resultat under första kvartalet på 2020. Arbetet kommer därefter fortsätta så vi får en etablerad osteoporosmottagning.

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](#).

- Under tiden som förbättringsarbetet pågår arbetar vi parallellt med att öka kunskapen och medvetandet om osteoporos hos alla medarbetare på vårdcentralen. Alla läkare har fått information om riskfaktorer och när utredning skall inledas. Vi kommer ånyo boka in föreläsare så all personal får utbildning och kan identifiera patienter med diagnos eller riskfaktorer då de sedan "slussas vidare till ssk/ DSK. FL inbokad 29/11. En av våra sjuksköterskor kommer starta en sjuksköterskeledd mottagning en eftermiddag i veckan och kalla patienter med osteoporos diagnos. Hon kommer göra studiebesök på Torsviks VC och se hur de arbetar och utarbeta en modell som fungerar på Segeltorps VC. En läkare kommer vara kopplad till mottagningen så de patienter som är behov av läkarbesök bokas in. DSK

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Segeltorps Vårdcentral	
Verksamhetschef Natalie Neikter	Aktnummer (ifylles av HSF)

som redan träffar dessa patienter kommer använda journalmallen benskörhet så vi lätt kan identifiera dessa patienter och ta upp det som är viktigt under DSK besöken.

b. Det är viktigt för våra patienter att de får vård och behandling för sin sjukdom samt att de har en person att vända sig till. För att vi skall ha "koll" på våra patienter har upprättandet av en VL påbörjats då alla patienter med dingos skall sättas in. Vidare är det viktigt med information för våra patienter så alla som kontaktat VC, varit på besök på VC, fått ben besparande behandling via VC informeras om vårt arbete med osteoporos samt om att aleris rehab har osteoporosskola. Vidare är det viktigt att vi identifierar patienter med riskfaktorer och att de FRAXas och beroende på resultatet erhåller adekvat behandling/ åtgärd.

b. Då Segeltorps VC har en äldre befolkning så är det viktigt att vi går ut med att patienter som har diagnos eller har riskfaktorer för osteoporos har möjlighet att träffa ssk eller läkare för att bli FRAXade och vid behov genomgå vidare utredning.

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 som även fått osteoporosdiagnos satt på Segeltorp, jämfört med mätning före intervention	88	190320 (vi tog 150320-190320)	120	20191231 – fortsätter 2020 då vi

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Segeltorps Vårdcentral	
Verksamhetschef Natalie Neikter	Aktnummer (ifylles av HSF)

			för att få med alla patienter		kom igång sent.
Indikator 2	Antal frakturriskskattningar (FRAX) jämfört med före interventionen.	9% Dvs 8 av 88 patienter.	190320	20%	20191231
Indikator 3	Antal patienter med osteoporosdiagnos som träffat DSK/SSK under året.	0	190320	50 st	20191231
Indikator 4	Antal bentäthetsmätning (DXA) jämfört med före interventionen.	0 Ingen patient hade detta sökord registrerat vid mätningen start. Feldokumenterat?	190320		20191231
Indikator 5					

Kommentar (valfritt):

Vårt mål på sikt är att alla osteoporos patienter skall få träffa DSK/ SSK årligen. Då vi vet att flera patienter genomgått DXA men det ej framgår i medrave är vi frågande till hur vi får ut data? Vi kontaktade då medrave som informerade om att i TC mallar så står det bentäthetsmätning och ej DXA. Sökorden kunde ej matchas men vi fick hjälp att tillfälligt matcha dem samt kontaktade INKA gruppen för frågor om DXA kan läggas till i TC mallar.

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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Segeltorps Vårdcentral	
Verksamhetschef Natalie Neikter	Aktnummer (ifylles av HSF)

t.ex. Boo VC diabetes 2019 del 1 och skicka in senast 30 april 2019 men gärna redan från januari 2019 till: forbattringsarbeten.hsf@sl.se

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Segeltorps Vårdcentral	
Verksamhetschef Natalie Neikter	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.

Vi började med att utgå från vår modell för Astma/ KOL mottagning och vår diabetesmottagning. All personal informerade om att alla patienter som redan hade diagnos skulle sättas på VL. SSK som arbetar med osteoporos mottagningen fick gå med DSK som arbetar med Astma/ Kol och diabetes för att se upplägget samt gjorde studiebesök på torsviks VC. Vi följde deras mall för besök. Alla läkare fick utbildning i att identifiera patienter som hade riskfaktorer och skickade till SSK som kallade för besök.

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 patienter med osteoporos diagnos	88	2019-03-20	120	116 117	200130 200323
Indikator 2	Antal frakturriskskattningar (FRAX) jämfört med före interventionen	9% Dvs 8 patienter.	2019-03-20	20	17% dvs 18 patienter	
Indikator 3	Antal patienter med osteoporosdiagnos som träffat DSK/SSK under året.	0 patienter när vi började.	2019-03-20	50st	36 st	200323
Indikator 4	Antal bentäthetsmätningar (DXA) jämfört	0%	2019-03-20	0	9% hade DXA registrerat	200325

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Segeltorps Vårdcentral	
Verksamhetschef Natalie Neikter	Aktnummer (ifylles av HSF)

	med före interventionen.				tillfällig när det matchades med bentäthetsmätning i medrave.	
Indikator 5						

Övriga kommentarer:

Vi kom i gång ganska sent med att starta vår osteoporosmottagning då SSK behövde en del utbildning och hela vårdcentralen behövde få föreläsningar om ämnet. Vi kom i gång ordentligt efter sommaren 2019 och har fått ett bra flöde med väntelista, rutiner för omhändertagande om patienterna och flera utbildningar i identifiering av potentiella patienter. Dock har vi inte gjort så många besök hos DSK/SSK som vi önskar pga en hel del frånvaro.

Vi ändrade indikatorerna under arbetets gång och en av de indikatorer vi först hade var hur många patienter som har benbesparande behandling.

Ordinationer (läkemedelslista) vid 2019-03-25

Benaktiva LM (M05BA/BB/BX)	61 %
- varav Alendronat (M05BA04)	41 %
- varav Zoledronat (M05BA08)	9 %
- varav Denosumab (M05BX04)	35 %
Komb. Ca + D-vit med Bisfosfonater (A12AX + M05BA/M05BB)	28 %
Komb. Ca + D-vit (A12AX) utan benaktiva LM (M05BA/BB/BX)	18 %
Oral kortisonbehandling (H02AB)	10 %
Könshormoner	

Vi valde sedan bort denna indikator men vi ser att det är betydligt fler patienter som står på behandling

Ordinationer (läkemedelslista) vid 2020-03-27

Benaktiva LM (M05BA/BB/BX)	71 %
- varav Alendronat (M05BA04)	19 %
- varav Zoledronat (M05BA08)	35 %
- varav Denosumab (M05BX04)	38 %
Komb. Ca + D-vit med Bisfosfonater (A12AX + M05BA/M05BB)	35 %

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Segeltorps Vårdcentral	
Verksamhetschef Natalie Neikter	Aktnummer (ifylles av HSF)

Komb. Ca + D-vit (A12AX) utan benaktiva LM (M05BA/BB/BX)	13 %
Oral kortisonbehandling (H02AB)	10 %
Könshormoner	

Och då *Zoledronat (M05BA08)* nu är förstahandsval enligt kloka listan är vi mycket nöjda med detta.

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 lärt oss hur viktigt det är att ha en välfungerande modell med väntelista, teamarbete samt ha med sig patienterna när vi startar en ny mottagning för specifik patientgrupp. Vidare så har vi lärt oss att all personal behöver vara involverad

2.
Vi har tagit tillvara på våra patienters åsikter i form av att de önskar att vi fortsätter att ha en VL och ansvarig SSK så de inte själva behöver hålla reda på när de ex skall ha nästa ex prolia injektion/ Zoledronsyra dropp. De har uppskattat mycket att ha en fast SSK som de vänder sig till om sina frågor gällande osteoporos.

3.
Vi kommer fortsätta med vår fina välfungerande osteoporosmottagning. Den är nu etablerad så som våra diabetes och astma/ kol mottagningar.

4. Vi har främst använt medrave och data från TC. Och vi har även "räknat" antal patienter till DSK/ SSK. Vi har tittat i GUPS. Vi har haft mycket internutbildning

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

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Segeltorps Vårdcentral	
Verksamhetschef Natalie Neikter	Aktnummer (ifylles av HSF)