

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Täby Centrum Doktorn	
Verksamhetschef Gustaf Allerstrand	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 forbattringsarbeten.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.

Gustaf Allerstrand, specialist i allmänmedicin, gustaf.allerstrand@gmail.com
Anna Lindgårde, specialist i allmänmedicin
Elin Sterner, specialist i allmänmedicin
Sara Törnblom Andersson, distriktssköterska
Rachel Hagén, VD-sekreterare

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

Astma/KOL	-har egen mottagningsstruktur
Diabetes	-har egen mottagningsstruktur
NOAK/AK	-har egen mottagningsstruktur
Demens	-har sköterskestruktur för uppföljning
Äldre	-har egen mottagningsstruktur
Infektionspat.	-ab förskrivningen följs kvartalsvis
läkemedel	-beroende framkallande lm kontrolleras regelbundet
hjärta-kärl	-planeras hjärtviktsmottagning

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Täby Centrum Doktorn

Verksamhetschef

Gustaf Allerstrand

Aktnummer (ifylles av HSF)

Osteoporospatienter har ännu inget strukturerat omhändertagande

Vi gör kontinuerligt mätningar gällande egna uppsatta kvalitetsmått via RAVE.

Diabetes: LDL nivå, HbA1c andel <70, blodtryck jämförs med NDR
Beroendeframkallande lm: minskar generellt
Antibiotikaförskrivningen: mottagningen håller sig <12 rec/1000 inv/år
AK-mottagningen: ca 80% TIR på Waranbehandlade patienter (enl. vårt system Journalia) och ett strukturerat omhändertagande av NOAK patienter.

Osteoporospatienterna upplevs som en eftersatt grupp. RAVE data gällande osteoporos är inte fullständiga.

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 sett att:

- vi har en åldrande befolkning med en ökning av osteoporos
- det sker en ökning av behandling av osteoporos innefattande infusionsläkemedel på återkommande bas
- vi saknar ett strukturerat omhändertagande för denna patient grupp totalt och även de med konstaterade fragilitetsfrakturer, vilket ger risker med missade doser, bristfällig provtagning mm.

Sammantaget har vi sett risker med hanteringen av osteoporospatienter och ett behov av ett förbättrat samarbete ssk/läkare runt hanteringen av denna grupp.

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 uppnå:

En fungerande säker struktur för bedömning av patienter med fragilitetsfrakturer och även övriga osteoporospatienter gällande insättning av mediciner, provtagning i samband med infusioner och struktur för uppföljning och utsättning. Nytt vårdprogram och genomarbetade rutiner för ssk gruppen gällande osteoporospatienterna.

Gällande kvalitetsmått där siffror inte är aktuella skall vi se över vårt interna vårdprogram, våra rutiner gällande osteoporosläkemedel, samt skapa en tilläggs mall i Take Care för osteoporos. Tilläggs mallen skall göra det lättare med uppföljningen med tydliga sökord.

Gällande siffror rör dessa våra patienter med fragilitetsfrakturer och vi utgår från våra siffror 180401–190228:

125 st med fraktur varav 79 är bedömda som fragilitetsfrakturer.

-På hur stor andel med fragilitetsfraktur har vi inlett osteoporosutredning?
86% (68/79)

-Hur stor andel av patienter med fragilitetsfraktur har genomgått FRAX?
19% (15/79)

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Täby Centrum Doktorn

Verksamhetschef

Gustaf Allerstrand

Aktnummer (ifylles av HSF)

-Hur stor andel av patienter med fragilitetsfraktur har genomgått DXA?
58% (46/79)

-Hur stor andel med fragilitetsfraktur har fått behandling för osteoporos?
57% (45/79)

Vi ser att siffrorna är relativt bra men att vi kan öka andelen FRAX som görs.

Vi hoppas uppnå målet till 2020-02-01

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

- 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.

- a)
 - Utbildning för läkargrupp och ssk grupp
 - Ny mottagningsstruktur för osteoporospatienter
 - Nytt kallelsesystem med telefonpåminnelse
 - Nya reviderade vårdprogram
 - Nya sökord i befintliga mallar för tydligare dokumentation

b.

Att utredning initieras vid fragilitetsfraktur. Att de får rätt medicin, vid rätt tid, föregånget av adekvat kontroll samt att medicinen sätts ut när behandlingstiden är slut.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Täby Centrum Doktorn

Verksamhetschef

Gustaf Allerstrand

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 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 (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Andel patienter med fragilitetsfraktur där FRAX gjorts	19%	190401	40%	20191231
Indikator 2	Andel besök där osteoporosdiagnos ställs och <u>behandlingsplan</u> finns.	0%	190401	50%	20191231
Indikator 3					20191231
Indikator 4					20191231
Indikator 5					20191231

Kommentar (valfritt):

Ny tilläggsmodell skapats i TakeCare. Viktigt med en tydlig behandlingsplan. Dokumenteras behandlingsplanen kan vi följa upp osteoporosgruppen på ett bättre sätt. Vi har sett att FRAX görs i relativt låg omfattning och där kan vi bli bättre.

Vilka källor tar ni era data från:

Intelligence, TakeCare

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
Täby Centrum Doktorn

Verksamhetschef

Gustaf Allerstrand

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.

I vårt kvalitetsråd medverkar läkare, sjuksköterskor, distriktssköterskor och administrativ personal. Denna grupp formade projektet tillsammans osteoporosintresserad läkare, distriktssköterska och sjuksköterska. All personal har informerats vid personalmöten.

För att strukturera omhändertagandet av patienten med osteoporos har vi skrivit vårdprogram och patientinformation till patienter med medicinering av Aclasta och Prolia. Vi har strukturerat dokumentationen med journalmall med lämpliga sökord som bl a FRAX och DXA. Vi har även fått struktur på mottagningen gällande kallelser, provtagning och injektioner/infusioner.

Delavstämningar har gjorts efter 3 och 6 månader inom kvalitetsrådet och även med ansvarig läkare och sköterskor.

Justeringar har gjorts under vägen. Tidböckerna har förbättrats. Kallelsesystemet har diskuterats. Initialt var SMS-kallelse aktuellt, men den idén utgick.

Under projektets gång har vi konstaterat att det är svårt att finna ut andel besök där osteoporosdiagnos ställs och behandlingsplan finns (Indikator nr 2). Detta då sökordet "Behandlingsplan" inte gick att renodla.

Vi har i stället tittat på fragilitetsfrakturer och vår utredning med DXA och FRAX och behandling av dessa.

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	Andel patienter med fragilitetsfraktur där FRAX gjorts	19%	190401	40%	70%	200228
Indikator 2	Andel besök där osteoporosdiagnos ställs och <u>behandlingsplan</u> finns.	0%	190401	50%	-	
Indikator 3	Andel patienter med fragilitetsfraktur	58%	190401		82,5%	200228

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Täby Centrum Doktorn

Verksamhetschef

Gustaf Allerstrand

Aktnummer (ifylles av HSF)

	där DXA gjorts.					
Indikator 4	Andel patienter med fragilitetsfraktur som fått behandling	57%	190401		69%	200228
Indikator 5						

Övriga kommentarer:

En av målsättningarna var att öka andel patienter där vi använt FRAX. Detta har ökat markant, vilket är bra.

De nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar från Socialstyrelsen är under revidering. De tidigare målnivåerna för andel patienter med fragilitetsfrakturer som fått behandling låg på $\geq 30\%$, vilket vi redan hade sedan tidigare. När den reviderade upplagen kommer får vi jämföra och se hur våra siffror ligger till.

Den största vinsten för oss i detta projekt var ett mer strukturerat omhändertagande, vårdprogram och arbetssätt kring patienterna med osteoporos.

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 mer medvetna om hanteringen av osteoporospatienterna och flödet runt osteoporosbehandling.

-För att få ut tillförlitliga data så behöver sökorden vara tydliga och avläsbara, vi kan bli bättre på att göra journalmallar.

-Vi har hittat former för ett strukturerat teamarbete runt en specifik patientgrupp.

2.

-Eftersom kontinuiteten gällande sköterska blivit bättre har patienten kunnat vara mer delaktig i planering och behandling.

Information om husläkarmottagning

Mottagningens namn
Täby Centrum Doktorn

Verksamhetschef

Gustaf Allerstrand

Aktnummer (ifylles av HSF)

3.

-Nu när vi har en särskild sköterskeledd mottagning för osteoporospatienter kommer den successivt utvärderas och förbättras.

-Vi behöver bli fortsatt bättre att använda tilläggsmallen för osteoporospatienter så uppföljning och plan blir tydlig för alla.

4.

-MedRave

-TakeCare

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