

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Bollmora vårdcentral	
Verksamhetschef Carina Heed	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2020

osteoporos

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 osteoporos 2020 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbatteringsarbeten.hsf@sll.se senast den **28 februari 2020**, men gärna redan i januari 2020 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 osteoporos 2020 del 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2021**. Mer information finns i "Information om målrelaterad ersättning 2020" på Vårdgivarguiden och på [ORC:s webbplats](#). Frågor kan även skickas till rita.fernholm@sll.se.

DEL 1 – Planen senast 28 februari 2020

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.

Helena Klint ST-läkare

*Zlata Hodzic Distriktssköterska
Jonas Lantz Sjukgymnast*

Zlata.hodzic@sll.se

helena.klint@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 (PvK) osv. Ange det ni kommer fram till i stora drag.

Bollmora vårdcentral har 4415 listade patienter över 50 år varav 115 av dem har diagnosen osteoporos. Vi har ingen uppsökande verksamhet för patienter i riskzonen för osteoporos, vilket vi vill införa. Detta för att tidigare kunna sätta in insatser för att i sin tur minska risken för att patienterna ådrar sig en fraktur.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Bollmora vårdcentral	
Verksamhetschef Carina Heed	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. osteoporos
<i>Osteoporos</i>
Steg 3 Övergripande mål – vad vill vi förbättra och varför det är viktigt T.ex. Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter med osteoporos, det är viktigt för att minska risken för nya frakturer
Vi vill tidigarelägga identifikation av patienter med osteoporos för att profylaktiskt kunna sätta in åtgärder. Detta med förhoppning att undvika framtida frakturer där diagnos ställs först efter skadetillfället. Det skulle kunna förhindra lidande för patienten och minska de samhällskostnader som ådragande av fraktur innebär.
Steg 4 Specifika delmål – Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara T.ex. öka andel med osteoporos som har benspecifik behandling
-Identifiera fler patienter med riskfaktorer för osteoporos. -Tillse att dessa identifierade patienter genomgår utredning för osteoporos. -Öka andel av patienterna som faller inom riskgruppen som deltar/deltagit i farmakologiska och/eller icke farmakologiska åtgärder såsom tex fallprevention.
Steg 5 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 .
Vi har sammanfört ett multidisciplinärt team och upprättat en lokal rutin för identifiering, utredning och behandling av osteoporos. Vi vill under tidsperioden 20200101-20201231 identifiera de på vårdcentralen listade patienter över 50 år som har riskfaktorer som väcker misstanke om osteoporos. Dessa patienter ska få erbjudande om att genomgå FRAX. De som då får resultat 15 % eller högre sannolikhet för att få en fraktur inom 10 år ska få erbjudande att gå vidare med DEXA och provtagning och efter detta erbjudas åtgärder. Åtgärder syftar på att minska risk för fraktur.
b. Patienter med misstänkt osteoporos ska informeras om osteoporos, vad detta innebär och vad de kan göra själva för att minska risken för att ådra sig framtida frakturer.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Bollmora vårdcentral	
Verksamhetschef Carina Heed	Aktnummer (ifylles av HSF)

Steg 6 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 de med osteoporos. 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 med monoterapi kalk/D-vitamin. Antal FRAX per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/ period för start- läge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå mål- värdet
Indikator 1	Antal genomförda FRAX	0 st	20200101	50 st		201231
Indikator 2	Andel av listade patienter över 50 år som har osteoporosdiagnos.	2,6%	20200101	3,6%	Med- Rave m4	201231
Indikator 3	Antal hembesök för att utvärdera fallrisker i hemmet hos patienter med nydiagnostiserad osteoporosdiagnos	0 st	20200101	20 st	Med- rave m4	201231

Vilka källor tar ni rea data från:

Medrave m4 20200102
Liston
Patientlista FRAX
Patientlista hembesök

Steg 7 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 7 sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

Döp denna fil till: Enhet tema år del 1

t.ex. Boo VC osteoporos 2020 del 1 och skicka in senast 28 februari 2020 till:
forbattningsarbeten.hsf@sll.se

DEL 2 – Slutredovisningen

OBS: Denna del skickas in senast 31 januari 2021, se steg D.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Bollmora vårdcentral	
Verksamhetschef Carina Heed	Aktnummer (ifylles av HSF)

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 har tillhandahållit information till allmänheten och patienter om osteoporos. Information har distribuerats genom flera olika informationskanaler. Bland annat har information spridits via vår hemsida, på vårdguiden, i väntrummen och på intern-tv. Personal inom samtliga legitimerade yrkeskategorier på vårdcentralen och på rehabiliteringen har blivit informerade vid flera tillfällen om våra nyinförda rutiner angående screening för patienter med riskfaktorer som väcker misstanke om osteoporos. Dessa patienter har blivit remitterade till en distriktssköterska på osteoporosmottagningen som har genomfört FRAX. Utifrån resultatet har patienten erbjudits vidare utredning av osteoporos. Om patienten har önskat vidare utredning så har remiss skickats för bentäthetsmätning och provtagning. Patienter med FRAX-poäng 15 eller högre har erbjudits remiss till sjukgymnast/fysioterapeut och dietist. De patienter som ej kunnat ta sig till kliniken för sjukgymnastik har erbjudits hembesök. Utifrån provsvar och DEXA resultat har patienten bokats till ansvarig läkare. Läkaren har informerat om diagnosen, sammanvägt riskfaktorer för fraktur och erbjudit läkemedelsbehandling. Patienterna har fått ta del av eventuella biverkningar och fått rekommenderat preparat. I de fall där prover påvisat avvikelser har dessa utretts vidare inför en planerad behandling.

B. Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra in från steg 6**) 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)	Källa	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Antal genomförda FRAX	0 st	20200101	50 st	92 st	Patientlista FRAX	20201231
Indikator 2	Andel av listade patienter över 50 år som har osteoporosdiagnos.	2,6%	20200101	3,6%	3,4%	Med-Rave m4	20201231
Indikator 3	Antal hembesök för att utvärdera fallrisker i hemmet hos patienter med nydiagnostiserad osteoporosdiagnos	0 st	20200101	20 st	3	Patientlista hembesök	20201231
Indikator 4							

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn	
Bollmora vårdcentral	
Verksamhetschef Carina Heed	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 5							
<p>Övriga kommentarer: <i>Ni får gärna redovisa tätare mätningar, skicka då med en bilaga, gärna i form av ett linjediagram. Ni kan också skriva mer om vilka källor ni funnit mest användbara.</i></p> <p>Vid kontroll av statistik från Med-Rave m4 så visade det sig att mellan tidsperioden 20190101-20191231 så fanns det 61 listade patienter över 50 år med osteoporosdiagnos. Mellan tidsperioden 20200101-20201231 så fanns det 87 listade patienter över 50 år med osteoporosdiagnos. Det ger en procentuell ökning på ca 30% av antalet listade patienter över 50 år med osteoporosdiagnos.</p>							
<p>C. Slutreflektion. Vilka var era lärdomar?</p> <ol style="list-style-type: none"> Vad har ni lärt er? 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? Vad har ni för plan framåt gällande detta område? 							
<p>1. Vi har blivit mer uppmärksamma på osteoporos och dess riskfaktorer. Man har sett att det finns ett stort mörkertal av osteoporospatienter så vikten av screening har blivit väldigt tydlig. Vi har även fått ökad kompetens i utredning och behandling av sjukdomen. Under arbetsgång insåg vi att hembesök för utvärdering av fallrisker inte bör vara första insats för rehab då majoriteten av patienterna var i relativt god fysisk kondition och hade goda möjligheter att ta sig till kliniken för stöd med sin rehabilitering där.</p>							
<p>2. Patienter har fått lättillgänglig skriftlig information i sammanhang där patienten ändå reflekterar över sin hälsa tex i väntrum. Vid möten med patienter som har riskfaktorer har muntliga genomgångar om sjukdomen genomfört samt så har patienten uppmuntrats att gå vidare med utredning av eventuell osteoporos. Patienterna har själva varit delaktiga i val av medicinering och eventuell rehabilitering samt dietistkontakt.</p>							
<p>3. Vi ska fortsätta jobba aktivt med screening och följa den rutin som nu har börjat implementeras. Ett fortsatt gott samarbete tvärprofessionellt kommer bibehållas genom de nya rutinerna.</p>							
<p>D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2 t.ex. Boo VC osteoporos 2020 del 2 och skicka in senast 31 januari 2021 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.hsf@sll.se</p>							