

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hallonbergens vårdcentral	
Verksamhetschef Azita Mohammadzadeh	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2020

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 2020 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.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 diabetes 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

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.

Nebyou Dinberu/ Specialist i allmänmedicin/ Medicinskt ansvarig läkare
Saeideh Moshgelghosha / Diabetes SSK
Mahnaz Reisdana / Osteoporossköterska
Malin Mauritzen/ Astma-Kol SSK
Azita Mohammadzadeh/ Verksamhetschef/ Kontaktperson
azita.mohammadzadeh-naghash@sll.se

Steg 1

Börja med att titta på era siffror t.ex. i medrave m4 (oftast från programmenyn) där även PrimärvårdsKvalitet (PvK) finns med (under huvudmeny -rapporter-primärvårdsKvalitet) med en översiktssida för er vårdcentral. De röda trianglarna visar hur er enhet ligger inom respektive område. Välj ett område där ni ligger under medel. Ni kan lära er mer om PrimärvårdsKvalitet på: <http://primarvardskvalitet.skl.se/>

Vi har valt att i år fortsätta att arbeta med osteoporos. Anledningen till det är att vi bedömer att vi det fortfarande finns utvecklingsmöjligheter kring ämnet och dels att det området som vi hade förbättra under 2020 (Att förebygga sjukskrivningar), inte var genomförbart pga pågående pandemi i samhället.

Det är således då ett utmärkt tillfälle att förbättra och utveckla föregående års arbete.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hallonbergens vårdcentral	
Verksamhetschef Azita Mohammadzadeh	Aktnummer (ifylles av HSF)

Bakgrunden är densamma. Vi har en befolkning som ur ålderssynvinkel är relativt normalfördelad i jämförelse med riket i övrigt, men vi har ett högt socioekonomiskt index och vi har många så kallad multistjuka också i relativt unga år. Vi misstänker precis som föregående år att vi har ett högt mörkertal när det gäller odiagnostiserade patienter avseende 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.....**

Då vi bedömer att vi har en utvecklingspotential avseende osteoporos, så har vi beslutat att fullfölja arbetet.

Vår avsikt är nu att implementera att använda sökorden bentäthetsmätning/DEXA och FRAX skattning i våra journaler. Då det finns en viss osäkerhet hur man hämtar uppgifter till medrave från journalen och dessa sökord – så kommer vi inledningsvis få arbeta med detta för att enkelt kunna följa vårt arbete under året.

Vårt mål är att till september 2021 har en välfungerande osteoporosmottagning med en väntelista och ett strukturerat omhändertagande av våra osteoporospatienter och att våra patienter kan känna sig trygga i att vi inte försummar att diagnosticera denna diagnos, där vi har goda möjligheter att arbeta förebyggande, inte bara med medicinsk behandling utan också med livsstilsåtgärder.

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 har samma mål som 2019. Det vill säga att förebygga osteoporosfrakturer med en ökad screening av riskgrupper för att undvika komplicerade och smärtsamma frakturer genom att inleda benspecifik behandling till dessa i kombination eller enbart livsstilsåtgärder.

Steg 4 Specifika delmål – Mål som ska vara så pass nedbrutna att de är mätbara T.ex. Öka prevalensen av diabetes, öka andel i % av dessa patienter som behandlas med statiner

- 1/ Skapa ett arbetsdokument som är välkänt för alla
- 2/ Se till att alla dokumenterar enligt samma mall
- 3/ Skapa en väntelista för osteoporos – kopplad till övriga väntelistor på mottagningen
- 4/ Avstämning den 28/2 2021
- 5/ Kommer kontakta en vårdcentral som har osteoporosmottagning och be dem berätta hur de arbetar för att få goda tips och förslag.
- 6/ Då vi har en välfungerande diabetes och KOL mottagning, så bedömer vi att det här finns en möjlighet till att samverka. Vi är en relativt liten enhet – och vi behöver effektivisera arbetet.
- 7/skapa en väntelista för patienter som står på injektion och infusionsbehandling och kalla dem för att erhålla sin behandling.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hallonbergens vårdcentral	
Verksamhetschef Azita Mohammadzadeh	Aktnummer (ifylles av HSF)

Steg 5 Förbättringsidéer – vad kan ni göra för att nå målet? (Interventionerna)

- 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 interventionstiden arbetar vi med att ytterligare öka kunskapen och medvetandet om osteoporos hos alla på vårdcentralen med interna föreläsningar. Då det är andra året vi genomför detta förbättringsarbete finns det redan en ökad kunskap och medvetandet sedan tidigare i personalgruppen men vi behöver förankra arbetet och öka kunskapen hos våra nya medarbetare.

Vi ska arbeta i team som består av en läkare, SSK och en fysioterapeut från primärvårds rehab kring denna målgrupp.

De patienter som läkare, sjuksköterska eller fysioterapeut finner lämpliga dvs. där misstanke om osteoporos väcks, skickas dit. Det handlar t.ex. om patienter med fraktur, som har krympt i längd, som har långtidsbehandling med kortison mm.

Vi har sett i m4 att vi har 211 patienter som har 14 riskfaktorer för frakturrisik. Vi ska skicka FRAX blanketten tillsammans med ett informationsbrev och frankerat kuvert till alla som är 55 år och äldre. Vi kommer att följa upp de patienter som enl. FRAX svaret behöver genomgå en utredning.

a.

I den här rutan fyller ni i hur ni skulle kunna involvera era patienter i ert förbättringsarbete, t.ex. via patient i ert förbättringsteam, patientenkäter, patientintervjuer...

Osteoporosbehandlingen som den var för några år sedan med i princip enbart tablettbehandling var för många patienter relativt besvärligt med många biverkningar och svårt med följsamheten.

Vore intressant att intervjua några som har tablettbehandling, några som har inj behandling och några som haft båda. Kanske kan hjälpa oss med att ge ”rätt” behandling ”rätt” patient.

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 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	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Antal dokumenterade FRAX skattningar	5	20200601	20	M 4	20210228

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hallonbergens vårdcentral	
Verksamhetschef Azita Mohammadzadeh	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 2	Antal dokumenterade DEXA	0	20200601	20	M 4	20210228
Indikator 3	Andel osteoporos pat med behandling med Benactiva LM (MO5BA/BB/BX)	75% (under 2019)	20200601	oklart	M4	20210228
Indikator 4	Reell väntelista	saknas	20200601	50 st ind	TC	20210228
Indikator 5	Antal med diagnosen osteoporos ställd under mätperioden	32	Under 2019	>32	M4	20210228

Kommentar (valfritt):

Genomförandet av förbättringsarbetet får stöd av QRC .

Vilka källor tar ni era data från:

Skriv här vilka källor ni använt. NOTERA källa och datum för varje gång ni tar ut data, så att det är lätt för någon annan att fortsätta ta ut data. Det är bra om ni kan ta ut era data en gång varje månad och följa hur det går så ni vet om era insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.

Väljer ni indikatorer som speglar era förbättringsidéers implementering får ni gärna följa dem varje vecka för att snabbt veta om åtgärden får effekt eller inte. Idéer kan behöva bytas under förbättringsresans gång.

Vi har haft problem att följa vårt arbete då vi inte dokumenterat såsom vi borde för att kunna följa vårt arbete i medraveM4. Vårt mål är nu att göra det.

I m4 kan man se hur stor del av våra osteoporospatienter som har en pågående behandling. Då man enligt gällande riktlinjer bör sätta ut bifosfonater efter 3 -5 års behandling och sedan efter uppföljningar och nya DEXA undersökningar ev ska återinsätta dessa, så vore det intressant att se hur detta följs. Vi vet således idag inte om det är ett bra eller dåligt mått på att 75% har en benspecifik behandling.

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 diabetes 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 mars 2020, se steg D.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hallonbergens vårdcentral	
Verksamhetschef Azita Mohammadzadeh	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 började med att utse en osteoporosansvarig sjuksköterska som skulle fungera som spindel i nätet. Det vill säga ha huvudansvaret för målgruppen. Hon skapade en väntelista för att få en överblick över målgruppen.

Vi tog fram en informationsbroschyrer som skulle tillsammans med FRAX blanketten lämnas via receptionen till alla som var över 65 år och besökte vårdcentralen. Patienter som önskade genomgå skattningen skulle fylla i FRAX tillsammans med sin behandlare. Den i fyllda FRAXblanketten lämnades därefter till osteoporos SSK för att föras in resultatet i journalen. Om patienten uppfyllde kriterierna för DEXA skickade SSK remiss för DEXA och följde upp resultatet och bokade patienterna som hade risk för osteoporos för bedömning hos läkaren.

Vi skickade även FRAXblanketten tillsammans med ett informationsbrev till alla patienter som hade risk för att utveckla osteoporos. Sammanlagt 110 patienter fick brevet. 56 patienter hade fyllt i FRAX och skickade tillbaka till vårdcentralen. De som uppfyllde kriterierna för DEXA fick remiss för att genomgå DEXA.

*I början av arbetet upptäckte vi att ordet DEXA inte fångades av MD 4 .
För att kunna följa upp vår statistik registrerade vi alla som genomförde FRAX och DEXA med flöjande KVÅ koder
FRAX före DEXA: AN098
FRAX efter DEXA: AN 099
DEXA : AN 006*

Osteoporos var en stående punkt på läkar-och sjuksköterskemöten under 2020. Vi följde upp resultatet varje månad och uppdaterade vår tavla för utvecklingsarbetet.

Vi kallar alla våra patienter som ska få injektion och infusionsbehandling från väntelistan. De får lämna blodprover enligt VISS inför behandlingen på vårdcentralen.

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 T.ex. Andel diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa	Resultat (% eller antal)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Antal dokumenterade FRAX skattningar	5	20200601	20	M 4	109	20201231
Indikator 2	Antal dokumenterade DEXA	0	20200601	20	M 4	78	20201231

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Hallonbergens vårdcentral	
Verksamhetschef Azita Mohammadzadeh	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 3	<i>Andel osteoporos pat med behandling med Benaktiva LM (MO5BA/BB/BX)</i>	75% (under 2019)	20200601	oklart	M4	83 patienter	20201231
Indikator 4	<i>Reell väntelista</i>	saknas	20200601	50 st ind	TC	160 patienter	20201231
Indikator 5	<i>Antal med diagnosen osteoporos ställd under mätperioden</i>	32	Under 2019	>32	M4	160	20201231

Övriga kommentarer:

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.

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?

1.
Vi har lärt oss att det är viktigt med ett systematiskt utvecklingsarbete för att nå resultat. Dvs sätta tydliga mål och följa upp resultaten regelbundet. Vi lärde oss även att FRAXblanketten ska fyllas i tillsammans med en behandlare. De blanketter som vi fick från patienterna som själva hade fyllt i dem var alla inte fullständigt ifyllda och vi fick ringa dem för att få alla svaren.

2.
Vi har tyvärr pga den rådande situationen har inte kunnat involvera våra patienter i större utsträckning.

3.
Vi har redan en fungerande osteoporosmottagning men en ansvarig sjuksköterska som har avsatt tid för att följa upp målgruppen och trots pandemin har vi uppfyllt våra mål. Vi behöver arbeta aktivt för att inte glömma bort att identifiera patienter som riskerar utveckla osteoporos.

D. Döp denna fil till: Enhet tema år del 2

t.ex. Boo VC diabetes 2020 del 2 och skicka in senast 31 januari 2021 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.hsf@sll.se