

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Stuvsta vårdcentral	
Verksamhetschef Pierre Bergensand	Aktnummer (ifylles av HSF)

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2020

del 1 och del 2 – mall om ni väljer 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 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 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.

Karolina Lundberg(ST-läk). Mail:karolina.lundberg@stuvstavc.se

Lina Davidsson (läk)

Ulrika Cederberg (dsk)

Kommer också att kontakta Aleris för att höra om samarbete med dietist och möjligtvis fysioterapeut.

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.

Patientgrupp som är viktigt att hitta för att undvika långvarig smärta som vid kotkompressioner och undvika frakturer som innebär ökad mortalitet.

Som det ser ut nu på vårdcentralen har det påbörjats typ av screening av vissa patienter, ex. KOL-patienter. Dock finns det utrymme till förbättring.

Steg 2 Val av tema för förbättringsarbete

Utifrån era lärdomar från steg 1, vilket område vill ni jobba med? T.ex. **osteoporos**

Osteoporos

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Stuvsta vårdcentral	
Verksamhetschef Pierre Bergensand	Aktnummer (ifylles av HSF)

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 förbättra omhändertagandet av våra patienter som har osteoporos, det är viktigt för att minska risken för framtida frakturer och framtida handikapp.

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 patienter med risk att drabbas av fraktur och sätta in behandling om kontraindikation ej föreligger.

Få till en fungerande och hållbar strategi, screening av riskpatienter, där bl.a provtagning är en viktig del. Så klart också följa längd och vikt.

Se en ökad korrelation mellan osteoporos och behandling, vid genomgång av patienter.

Målet är att komma igång med en fungerande screening till 2020-12-31.

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](#).

a)

Bilda osteoporosteambesättningar med olika yrkeskategorier.

Gemensamma utbildningar, samarbete med olika kliniker.

Att vara än mer noggrann med noggranna läkemedelsgenomgångar. Inom hemsjukvården finns det en bra rutin för det, lika viktigt att få in en sådan rutin även hos patienter som inte ingår i hemsjukvården. Viktigt att se om det finns läkemedelsom påverkar balans eller kan öka risken för osteoporos.

Kontrollera så att patienter med frakturer efter ex. lågenergivåld verkligen har följts upp korrekt.

Följa upp patienter som redan står på läkemedel mot osteoporos. Fungerar det läkemedel som patienten är insatt på? Ska man fundera att byta till annat.

Fånga upp specifika patientgrupper, såsom lång tids kortisonbehandling, malabsorption, med mörk hud och heltäckande kläder. Patienter som vistas mycket inomhus och rör sig mindre, framför allt äldre patienter.

Redan nu tas en del screeningprov vid inskrivning i hemsjukvården, bör även finnas som rutin hos övriga patienter med ökad risk för osteoporos.

Intressant att ha med fysioterapeut och dietist i arbetsgruppen för att optimera rörlighet och intag av föda.

Man skulle kunna tänka sig att patienter fyller i formulär vid olika tillfällen. Vid screening är det av intresse att veta riskfaktorer, såsom kortisonbeh, rökning, diet, hur de rör sig, balans, smärta.

Av de patienter som står på behandling vore det intressant att se om de följer behandlingen, fungerar det, vill de tabletter alt inj.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Stuvsta vårdcentral	
Verksamhetschef Pierre Bergensand	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 målvärdet
Indikator 1	Antal genomförda FRAX	8 (ant. Patienter med registrerat sökord.frax) Stämmer inte med kliniken, verkar vara fler där man genomfört FRAX. Ej under rätt sökord??	200930	150 st	Medrave m4 samt insamlade FRAX i pappersform	201231
Indikator 2	Antal bentäthetsmätningar (DXA)	0 (ej journalfört på sådant sätt att det syns i Medrave?)	200930	30 st.	Med- rave m4 samt de FRAX som gav 15% risk eller mer tillsammans med tidigare frakturer.	201231
Indikator 3	Antal med benspecifik behandling	63 st (35%)	200930	Att öka andel patienter som står på behandling.	Medrave m4	201231
Indikator 4	Antal med diagnoskod osteoporos (M80-82)	181	200930	200	Medrave m4	201231
Indikator 5	Andel patienter med osteoporos med monoterapi kalk-D vitamin	17 (9% av patienter med osteoporos-diagnos).	200930	minskning	Medrave m4	201231

Kommentar (valfritt):

Här har angivits ett förslag på indikatorer men det är fritt fram att byta ut till andra.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Stuvsta vårdcentral	
Verksamhetschef Pierre Bergensand	Aktnummer (ifylles av HSF)

Vilka källor tar ni era data från:

Medrave.

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 1t.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.**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 samla ihop ett ansvarigt team. En distriktssköterska, en specialist i allmänmedicin, samt en ST-läkare. Tillsammans gick vi igenom Medrave och de siffror som hittills var presenterade gällande FRAX-mätning och osteoporosdiagnoser. Trots att det sedan tidigare fanns rutiner om FRAX hos vissa patienter, framför allt KOL-patienter, så var siffrorna förvånansvärt låga.

Tillsammans med framför allt sköterskor, tillfrågades pat. om de ville genomföra FRAX vid mottagningsbesök. I samband med influensavaccinationen blev också pat. tillfrågade. På Stuvsta vårdcentral har vi valt att vaccinera på bokade tider. Pat. bokas var 5:e min och hänvisas av personal till resp. väntrum. Dock visade sig metoden vara mycket effektiv, vilket innebar att pat. inte hade någon tid över att fylla i FRAX, då det inte var någon väntan.

Sammantaget har FRAX ökat. Det finns också en ökad medvetenhet att genomföra FRAX vid mottagningsbesök hos patienter över 65 år eller om tydliga riskfaktorer föreligger.

Vi hade också funderingar över hur man bäst skulle komma ihåg de patienter som stod på Prolia då vi har patienter som är ensamboende med demensdiagnoser. Landade i att vi nu har väntelistor för patienter som står på Prolia, dessutom en separat för de patienter med Prolia som är inskrivna i hemsjukvården. Likaså finns nu väntelistor för patienter som står på Aclasta och även Alendronat. Distriktssköterska som är med i teamet i nuläget ansvarig för dessa väntelistor, dock behöver vi utöka ansvaret till fler då det blir skört med enstaka som har hand om väntelistor.

Standardprover kommer att finnas som egen rubrik under provtagning, vilket underlättar som del av utredning men även inför årskontroller.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Stuvsta vårdcentral	
Verksamhetschef Pierre Bergensand	Aktnummer (ifylles av HSF)

Under pågående arbete har det också uppstått frågor kring ordination av läkemedel. Har visat sig att läkarna har olika sätt att ordinera infusioner, Aclasta och injektioner, Prolia. Detta har förståeligt nog varit förvirrande för sköterskor som ska ge behandlingen. Info kommer därför att ges till alla läkare så vi följer riktlinjer för ordination av läkemedel.

Inledningsvis beskrevs att det var förvånansvärt låga siffror i Medrave av FRAX. Innan arbetet startade var vetskapen låg om åtgärds-koder, som ska införas vid planerat besök av något slag. Denna information har getts till både sköterskor och läkare, varför det förhoppningsvis kommer att synas i Medrave såsmåningom.

Så klart har coronapandemin påverkat oerhört mycket, även när det gäller förbättringsarbetet. Fokus och energi lades först på hur vi skulle tackla hela situationen. Både ST-läkare och specialistläkare som ingår i teamet är en del av hemsjukvården. Mycket tid och insatser har, ffa. Under hösten lagts på denna patientkategori. Dels för att flertalet patienter inte har känt sig trygga att åka till sjukhus med risk för smitta och svårt sjuka och sköra patienter har behövts skötas om i hemmet. Dels har många patienter, pga, situationen på sjukhus, kommit hem i fortsatt dåligt skick.

Pga Coronapandemin minskades tyvärr tid och möjlighet avsevärt för förbättringsprojektet. Utifrån förutsättningar satsades så mycket tid som kunde avvaras, framför allt från 201001 fram tills årsskiftet.

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	Start-läge (% eller antal)	Datum/p period för start-läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa	Datum/period för resultat-värde
Indikator 1	Antal genomförda FRAX	8 (ant. Patienter med registrerat sökord.frax) Stämmer inte med kliniken, verkar vara fler där	200930	150 st	146	Medrave m4 samt insamlade FRAX i pappersform	201231
Indikator 2	Antal bentätthetsmätningar (DXA)	0 (ej journalfört på sådant sätt att det syns i Medrave?)	200930	30 st	29 st	Medrave m4 samt de FRAX som gav 15% risk eller mer tillsammans med tidigare frakturer.	201231

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Stuvsta vårdcentral	
Verksamhetschef Pierre Bergensand	Aktnummer (ifylles av HSF)

Indikator 3	Antal med benspecifik behandling	63 st (35%)	200930	Att öka andel patienter som står på behandling.	73 st (38%)	Medrave m4	201231
Indikator 4	Antal med diagnoskod osteoporos (M80-82)	181	200930	200	193	Medrave m4	201231
Indikator 5	Andel patienter med osteoporos med monoterapi kalk-D vitamin	17 (9% av patienter med osteoporos-diagnos).	200930	Minskning	6 (3% av patienter med osteoporos diagnos)	Medrave m4	201231

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?

- Vad har ni lärt er?
- Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka patientdelaktighet eller involvering i vården?
- Vad har ni för plan framåt gällande detta område?

1.

Vikten av att faktiskt aktivt leta efter osteoporospatienter, innan det är för sent. Vägar att nå dem och förmågan att behandla dem på ett säkert sätt.

För att få fram korrekt fakta för slutsatser måste vi bli bättre på att journalföra rätt, så att vi kan lita på de mätinstrument som finns.

2.

Pat. har blivit involverade på så sätt att de fått info om osteoporos och möjligheten till utredning. De har blivit tillfrågade om FRAX, vilket de flesta ställt sig positiva till.

Många av patienterna uppskattar att de blir kallade till årskontroller och behandlingar istället för att de måste hålla reda på det själva.

Patienter som blivit tillfrågade har på det stora hela varit mycket positiva till utredning, många gånger har frågan uppstått, varför det inte gjorts tidigare. Framför allt har frågan ställts av de patienter som faktiskt drabbats av frakturer.

Flertal av dessa patienter berättar att de har ställt frågan på sjukhus, men att de blivit hänvisade till vårdcentral, vilket i och för sig är korrekt, men om ingen remiss skickas, hör uppenbarligen inte patienterna alltid av sig själva. Fortsatt glapp i kedjan mellan sjukhusen och primärvården.

Information om husläkarmottagning	
Mottagningens namn Stuvsta vårdcentral	
Verksamhetschef Pierre Bergensand	Aktnummer (ifylles av HSF)

3.

Planen är att fortsätta med det som vi nu påbörjat. Fortsätta med FRAX så ofta det går hos patienter 65 år och äldre. Fortsätta med väntelistor, vilket underlättar väsentligt för både vårdcentral och patienter. Återkommande påminnelse och information om vårt arbetssätt så nuvarande kollegor inte glömmer bort samt så att nya kollegor får information tidigt.

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 forbattringsarbeten.hsf@sl.se