

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA: *Frakturrisk och osteoporos*

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
Familjeläkarna Tungelsta

Verksamhetschef

Johanna Sjögren

Verksamhetschefens e-post

johanna.sjogren@famalak.se

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 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se senast den **28 februari 2024**, **obligatoriskt** för att kunna få den målrelaterade ersättningen.

Denna mall med även **del 2** ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2025** **obligatoriskt** för att kunna få den målrelaterade ersättningen..

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se.

Radera EJ text i grå fält.

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:

Namn: Johanna Sjögren

Profession: Sjuksköterska, verksamhetschef

E-post: johanna.sjogren@famalak.se

Att involvera flera

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

- Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.
- Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning men låt inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidotjänstgöring, det kan bli sårbart.
- Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras).

A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner

A:

Karine Rozenkrants, ST-läkare.

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B: Vi kan involvera patienternas synpunkter med hjälp av att skicka formulär till patienterna med osteoporosdiagnos för att se hur de upplever att vården har varit relaterat till denna. Har de synpunkter på eventuellt preventivt arbete gällande riskfaktorer (om de upplever att vi fångade upp riskfaktorer) samt hur de upplever att mottagningen sköter arbetet kring osteoporosdiagnosen just nu. Frågor som kan skickas kan exempelvis vara: 1. Hur upplever du att mötet med mottagningen har varit gällande osteoporos? Har du fått tillräcklig information om diagnosen, hur den behandlas och varför och vad du själv kan göra för att förhindra framtida frakturer? 2. Vilka förslag på förbättringar kopplade till din osteoporosdiagnos/behandling kan du ge till mottagningen, 3. Hur hade mottagningen kunnat arbeta mer förebyggande? 4. Övriga synpunkter du önskar framföra.

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat.

- Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)
- Har det kommit nya riktlinjer där följsamheten skulle kunna öka? (som hjärtsvikt eller diabetes t.ex.)
- Finns det bra exempel från andra enheter att ta inspiration från?

Resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer finns t.ex. i medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

Börja gärna med att titta på era siffror t.ex. i medrave m4 (oftast från programmenyn) där även PrimärvårdsKvalitet (PVQ) finns med (under huvudmeny -rapporter-PrimärvårdsKvalitet) med en översiktssida för er vårdcentral. Välj helst ett område där ni ligger under medel.

Ni kan lära er mer om PrimärvårdsKvalitet på: <https://skr.se/primarvardskvalitet>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/>

Under "Stödmaterial för kvalitetsarbete"

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Enligt statistik från PrimärvårdsKvalitet (PVQ) i medrave m4 är Familjeläkarna i Tungelsta under genomsnittet i Stockholm gällande förekomst av diagnos osteoporos på vårdcentral. I PVQ framkommer det att $47/5758 = 0,8\%$ av antalet listade patienter med osteoporosdiagnos och genomsnittet i Stockholm är $1,4\%$. PVQ ser tillbaka 5 år i tiden. Vid urval i Medrave m4 valdes ett tidsperspektiv på ett år (fr.o.m 2023-02-22 t.o.m 2024-02-21) och då har således nu 29 patienter av 6132 listade patienter ($=0,47\%$) en osteoporosdiagnos (M80-M82).

Ovanstående utgångsläge fick oss att fundera: varför är våra siffror så långt under genomsnittet? Vi vill därför med detta kvalitetsarbete belysa ämnet osteoporos och genom det först och främst öka kunskapen hos personalen på vårdcentralen för att tidigt hitta riskfaktorer för frakturer och att genom det förhindra benskörhetsfrakturerna samt på sikt förhoppningsvis få ett minskat mörkertal av patienter som har en odiagnostiserad osteoporos.

Genom att jobba förebyggande och belysa riskfaktorer, öka diagnostalet och sätta in rätt behandling minskar antalet frakturer och då även patienternas lidande relaterat till detta. På sikt leder det även till minskade samhällskostnader då Socialstyrelsen skriver att fallolyckor bland de 65 år och äldre kostade 16,8 miljarder år 2020 så ett preventivt arbete gällande detta kan både ur ett mikroperspektiv på individnivå samt ett makroperspektiv på samhällsnivå vara fördelaktig.

Vid sökning i Medrave m4 kunde 343 patienter med frakturrisik finnas utifrån riskfaktorerna osteoporos, sekundär osteoporos, lågenergifraktur, malabsorption, inflammatorisk tarmsjukdom, reumatisk sjukdom, njurinsufficiens, KOL, hyperparathyroidea, steroidbehandling och bensparande läkemedel.

Av de 343 patienterna med frakturrisik ovan är FRAX-index det senaste året beräknat endast på 10 patienter. Av de 343 patienterna är DXA inte kontrollerat på någon.

Downton fallriskindex är uträknat på 3 av 343 patienter, av de är alla inskrivna i hemsjukvården.

Rökning ökar risken för osteoporos och är därför en central faktor för det preventiva arbetet.

Rökvanor är dokumenterat hos 105 av 343 patienter (=30,6%). Lågt BMI är en riskfaktor för osteoporos och på vårdcentralen BMI är dokumenterat på 80 av 343 patienter (=23%).

Val av tema för förbättringsarbetet:

Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.

Identifiera frakturrisiker och belysa diagnosen osteoporos

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verkygslada-forbattningstrappa/>

Formulera här era mål:

Våra mål är att tidigt i vårdprocessen belysa riskfaktorer för frakturer. Genom att belysa riskfaktorerna är vårt mål att tidigare diagnostisera patienter med osteoporos och att genom det arbeta preventivt med osteoporosrelaterade frakturer. Vi önskar även förbättra omhändertagandet av de redan diagnostiserade patienterna.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verkygslada-forbattningstrappa/>

Idéer till lösningar (För att nå målen)

Initiala idéer till lösningar (För att nå målen)
Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktygslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verkygslada-patientsamverkan/>

1: Bristande kunskap om riskfaktorer för frakturer, bedömningsinstrument och osteoporos

1.1: Ha riskfaktorer/osteoporos som tema på APT
1.2: Ha riskfaktorer/osteoporos som tema på yrkesmöten
1.3: Etablera kunskapsutbyte med andra mottagningar inom företaget med välfungerade osteoporoshantering
1.4: Ha genomgång av alla bedömningsinstrument så som FRAX-index, downton osv på mötestillfällen

2: Dålig kontinuitet

2.1: Fastställa en mer stabil bemanning
2.2: Introducera nyanställda om förbättringsarbetet för att uppmärksamma ämnet

	2.3: Ha en eller två osteoporosansvariga på VC som sköter väntelistor osv
3: Tidsbrist	3.1: Se över bokningar i kalendrarna så att läkare och ssk hinner fråga patienterna om riskfaktorer 3.2: Använda rondtiderna bättre och att där tala om ev riskfaktorer och vidare hantering 3.3: Avsätta utbildningstider/mötestider

Mått och mätetal (indikatorer)

- Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?
- Hur kan det mätas?
- Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?

Notera 2–5 indikatorer i tabellen nedan och dessa indikatorer ska koppla antingen direkt till era mål eller till era idéer för lösningar som ni angivet ovan.

Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattningstrappa/>

Mät utfallsmått (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck <140/90) men gärna även det ni gör (= "processmått", t.ex. antal årskontroller varje månad av patienter med diabetes. Antal snabbspirometrier per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)

APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått och följ i ett Excelark över tid, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Om ni vill kan ni ta med ett "balanserat mått" om man tror att förändringen kan påverka något annat negativt (som kostnader, arbetsmiljö, undanträngningseffekter). Självklart kan ni fortsätta att mäta indikatorerna efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal eller Andel.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Antal patienter med osteoporosdiagnos på VC</i>	29 av 343	2024-02-22	86 (då 1,4% av alla)	Medr ave m4	Dec 2024
Indikator 2	<i>Antal patienter med frakturrisik där FRAX-index är uträknat</i>	10 av 343	2024-02-22	35	Medr ave m4	Dec 2024
Indikator 3	<i>Antal patienter med frakturrisik med dokumenterat Downton</i>	3 av 343	2024-02-22	100	Medr ave m4	Dec 2024
Indikator 4	<i>Antal patienter med frakturrisik med dokumenterade rökvanor</i>	105 av 343	2024-02-22	135	Medr ave m4	Dec 2024
Indikator 5	<i>Antal patienter med frakturrisik med dokumenterat BMI</i>	80 av 343	2024-02-22	100	Medr ave m4	Dec 2024

Kommentar (valfritt):

TIPS: Notera någonstans 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.

Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)

Dags att testa idéer, först i liten skala! PGSA (Planera, göra, studera, agera) är det så kallade förbättringshjulet. Länk till verktyget PGSA:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Skriv upp varje steg:

- Planera – Hur ska ni göra, när, vem gör vad?
- Göra – Håller ni er till planen? Vilka avvikelser från planen har ni gjort? Vad har gått bra hittills?
- Studera – Lyckades ni genomföra de aktiviteter ni planerat? Blev resultatet som ni tänkt? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni sen dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

-Planera:

1. Eftersom patienterna som är inskrivna i hemsjukvården generellt är äldre och sköra och därmed har en högre frakturnrisk ska hemsjukvårdsansvariga under året ska räkna ut FRAX-index, Downtown fallriskindex, dokumentera rökvanor samt räkna ut BMI på alla inskrivna patienter. Vid avvikande resultat ska patienterna tas upp på HSV-ronden för ställningstagande till vidare planering så som DXA, remiss till hemrehab (dietist vid lågt BMI, fysioterapeut vid fallrisk) och åtgärder för eventuellt rökstopp .

2. Sjuksköterskor/distriktssköterskor ska på de patienterna som kan tänkas ha frakturnrisk (äldre, multisyka, långvarig kortisonbehandling osv) och som kommer på mottagningsbesök även räkna ut och dokumentera ovanstående. Vid avvikande resultat ska patienterna tas upp på rondens för vidare planering så som DXA, remiss till rehab (dietist vid lågt BMI, fysioterapeut vid fallrisk) och åtgärder för ev rökstopp så som samtal kring levnadsvanor och möjlighet till stöd med rökavvänjning.

3. Läkare ska ha frakturnrisk och osteoporos i åtanke i det dagliga arbetet och räkna ut FRAX-index på patienterna med t.ex. lågenergifraktur, långvarig kortisonbehandling och reumatisk sjukdom och vid behov då genomföra osteoporosutredningar och remittera vidare till andra enheter så som rehab vid behov (t.ex vid undervikt/lågt BMI och behov av dietistkontakt) samt boka tid till sjuksköterska/distriktssköterska för samtal kring levnadsvanor gällande rökning, kost osv.

Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.

Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1

t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in som **en bilaga (ej länk)** i **WORDFORMAT** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2024 till: forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

DEL 2 – Slutredovisningen

(dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)**Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?**

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Vid kvalitetsarbetets början såg arbetslaget ut på ett annat sätt än det skulle komma att bli efter ungefär en månad. Del 1 författades av sjuksköterskekompetens och när ST-läkare som tog över kvalitetsarbetet tog över insåg vi att målet gällande FRAX skulle komma att behöva omvärderas. För att använda riskbedömningsverktyget FRAX måste BMD (bone mineral density) finnas med i beräkningen och således behöver exempelvis DEXA vara utförd innan FRAX ens kan beräknas. Detta gjorde att vi fick omvärdera arbetssättet och tänka annorlunda. En del av arbetet blev istället att sjuksköterska journalgranskade ungefär 150 patientjournalerna utifrån de riskfaktorerna som fanns i urvalet (exempelvis steroidbehandling och bensparande läkemedel) och se över rökvanor, BMI och downnton på dessa för att sedan göra urval kring om osteoporosutredning kan vara aktuell eller för att se vilka frakturrisiker som kunde påverkas. För de som hade fallrisk (downnton 3 eller mer) i kombination med lågt BMI och/eller rökning bokades patienten på en adminbokning till läkare för vidare bedömning. Om läkarna efter denna administrativa bokning ansåg att osteoporosutredning var indicerad så kontaktades patienten antingen via telefon eller till fysiskt besök för eventuell utredning.

De patienterna i journalgranskningen som hade lågt BMI, rökte eller hade fallrisk kontaktades även av sjuksköterska för telefonsamtal inriktad på levnadsvanor. Information gällande riskfaktorerna gavs, erbjudande om stöd för att sluta röka om det var aktuellt gavs, kontakt med rehab rekommenderades exempelvis om dietistkontakt behövdes vid högt/lågt BMI osv. Patienterna erbjöds även fysiskt besök till sjuksköterska/distriktssköterska för livsstilsamtal. Livsstilsråden gällde: råd om kost (inklusive kalcium och D-vitaminintag), fysisk aktivitet (viktbärande övningar som promenader, styrketräning, Far-recept), stöd att sluta röka, stöd i att minska eventuell alkoholkonsumtion.

Förutom de patienter som framkom vid journalgranskningen har även frakturrisken belysts vid mottagningsbesöken hos sjuksköterska/distriktssköterska samt läkare.

Sjuksköterska/distriktssköterska: de patienter som exempelvis kommit på såromläggningar och har haft bristande gångförmåga har fått stödinsatser så som kontakt med rehab för hjälpmedel som kan motverka fall och eventuell fraktur samt erbjudits SIP för kontakt med biståndshandläggare för ev hjälpinsatser i hemmet.

Läkare: läkargruppen har haft osteoporos mer närvarande i patientbesöken. De har både sett över aktuell osteoporosbehandling om detta funnits samt haft det preventiva arbetet delaktigt i sitt arbete och försökt tänka kring frakturrisik och osteoporos exempelvis vid steroidbehandling.

Diagnostiserade patienter med osteoporos: Alla patienter med diagnosen osteoporos är kontrollerade att de har behandling och att de fått behandling inom rätt intervall. Vi har även valt att ta bort osteoporosväntelistan och istället boka patienterna som administrativa bokningar både på sjuksköterska samt receptionskalender ca 1 månad innan eventuellt återbesök, ex proliainjektion, så att de inte ska ligga på en väntelista som sköts av en/två personer som exempelvis slutar eller blir långtidssjukskrivna.

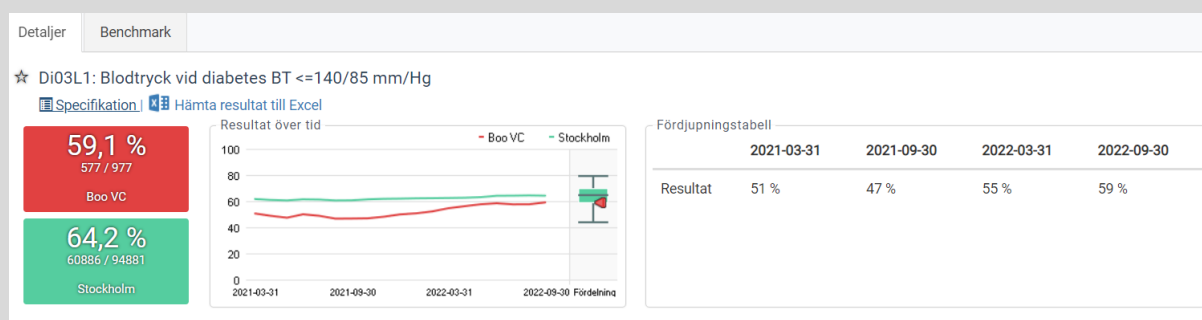
Hemsjukvårdsansvarig sjuksköterska har gått igenom alla hemsjukvårdspatienter gällande Downnton, BMI, rökvanor och har vid ökad risk för frakturrisik och osteoporos haft kontakt med hemsjukvårdsansvarig läkare för ställningstagande till åtgärd så som osteoporosutredning och/eller kontakt med hemrehab. För de patienter med fallrisk enligt Downnton har patienterna för att minska risken för fall även erbjudits SIP för eventuellt ökade insatser och stöd i hemmet, så som extra tillsynsbesök av hemtjänst. Hemsjukvårdspatienterna har under året även fått läkemedelsgenomgångar av läkare där man har sett över förskrivningen av de läkemedel som kan påverka fallrisiken och därmed även frakturrisiken.

Alla hemsjukvårdspatienter med diagnostiserad osteoporos har även administrativt hamnat på en egen osteoporoslista så att det tydligt ska synas när behandlingstillfällen för exempelvis Prolia ska planeras. Detta för att det ska förhindras att behandling skjuts upp på grund av bemanning, så som

långtidssjukskrivning, om någon annan resurs behöver komma in och ta över hemsjukvårdsansvaret. Den övergripande bilden har hemsjukvårdspatienterna har således förbättrats genom året.

Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) 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 eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**



	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum /period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Antal patienter med osteoporosdiagnos på VC	29	2024-02-22	86	40	medrave	T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året
Indikator 2	Antal patienter med frakturrisik där FRAX-index är uträknat	10	2024-02-22	35	8	medrave	T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året
Indikator 3	Antal patienter med frakturrisik med dokumenterat Downton	3	2024-02-22	100	100	medrave	T.ex. dec 2024
Indikator 4	Antal patienter med frakturrisik med dokumenterade rökvanor	105	2024-02-22	135	136	medrave	T.ex. dec 2024
Indikator 5	Antal patienter med frakturrisik med dokumenterat BMI	80	2024-02-22	100	93	medrave	T.ex. dec 2024

Övriga kommentarer:

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss flertalet saker under året så som:

1. Stor förbättringspotential finns inom området. Vi har lärt oss att FRAX inte kan räknas ut korrekt innan BMD genom exempelvis DEXA genomförts. Således har målet gällande FRAX behövt omvärderas vid arbetets start.
2. Synen på frakturrisk/osteoporos: Vi har gjort en stor journalgranskning där över 150 journaler gått igenom utifrån listor från Medrave på de listade patienter som har frakturrisk utifrån ovan beskrivna riskfaktorer. De som har haft riskfaktorer för fraktur (rökare, lågt BMI, diagnoser så som KOL osv) har i vissa fall kontaktats och erbjudits osteoporosutredning, men har ibland tackat nej. Olika anledningar till detta har angivits, så som att annan fysisk sjukdom så som cancer behövs prioriterats samt då det hos vissa multisjuka patienter inte velat utredas för en sjukdom till. Osteoporos är ju en ”osynlig” sjukdom som oftast inte orsakar besvär förrän faktur uppkommit och därför kanske den heller inte prioriteras av patienterna?
3. Pandemieffekt: Efter covidpandemin har flera patienter även uttryckt att de inte vill ”belasta” sjukvården mer än nödvändig och eftersom symtom på sjukdomen sällan finns kanske den också därmed hamnar i skymundan.
En långtidseffekt av covid som även har påverkat har varit att de äldre patienterna som kan ha frakturrisk inte har varit i kontakt med vårdcentralen på samma sätt som tidigare på grund av oro för att bli smittade under vårdtillfället. Pandemin har även minskat på kontinuiteten och regelbundenheten i behandlingen då många patienter med osteoporos kanske inte fått sina årliga kontroller eller nya behandlingar på grund av inställda eller uppskjutna besök, vilket kan ha lett till en fördröjd upptäckt av komplikationer som frakturer.
4. Vikten av samordning: vi har lärt oss vilken central del som rehab har i arbetet gällande frakturrisk och osteoporos och hur centralt det är med teamarbete. Stöd för fysisk aktivitet, balansskola, remiss till osteoporosskola, dietistkontakt ger patienten en helhetsinriktad och patientcentrerad vård.
5. Möjligheten att öka personalens kompetens genom den kostnadsfria webbutbildningen *Introduktion i Fysisk aktivitet på recept*, som tar cirka 30 minuter att genomföra. Utbildningen är riktad till all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, men särskilt till personal inom primärvården. Den ger en grundläggande förståelse för metoden *fysisk aktivitet på recept* och hur den kan användas i mötet med patienter.

Premiär för webbutbildning om metoden fysisk aktivitet på recept

6. Ytterligare en gång har vi som vårdpersonal i olika yrkespositioner påmint om vikten av att noggrant journalföra patienternas vanor, såsom rökning, alkoholbruk, vikt och kost, samt att säkerställa korrekt KVÅ-kodning. Detta underlättar både diagnosprocessen och ökar patientsäkerheten.

Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka era patienters delaktighet eller involvering i vården?

Tidigt under året efter samtal med patienterna som redan har diagnostiserad osteoporos upptäckt vi att en faktor som påverkat dem tidigare har varit att de inte känt sig delaktiga i sin vård gällande osteoporos. De uttryckte att de inte fått tillräcklig med information om läkemedel, eventuella

behandlingsrekommendationer, biverkningar, varför de behövde lämna prover inför Aclasta/Prolia Upplevelse osv. Den största faktorn som de uttryckt var att de inte hade informerats om att dricka ordentligt innan besöket samt att de inte hade informerats om att ha läkemedel så som Paracetamol på grund av biverkningsrisken gällande feber och influensaliknande symtom. Vissa beskrev att de hade upplevt dessa biverkningar efter infusion Alcasta och blivit oroliga för att någonting blivit fel. Hade patienten istället blivit delaktig genom god information kring sin vård hade detta lidande kunnat förhindras. Således blev vår huvudfokus för att göra patienterna mer delaktiga i sin vård därför nya rutiner med tydlig information från bl a svenska osteoporos sällskapet, som ska skickas nu vid årets slut ut till patienterna. I denna information står det vad som ska genomföras före, under och efter besöket.

Checklista samt Patientinformation:

PM - parenterala läkemedel - Svenska Osteoporossällskapet

Vad har ni för plan framåt gällande detta område? Här beskriver ni hur ni planerar att vidmakthålla positiva förändringar, eller om det inte blev som tänkt om ni avser att lägga ner eller förändra ansats.

Fortsätta ha synsättet gällande frakturrisik och osteoporos som del av det dagliga arbetet genom att fortsätta lyfta ämnet regelbundet på yrkesmöten för att minska mörkertalet av patienter som har osteoporos utan att få fått det bekräftat genom diagnos. Vi hoppas på att finna fler patienter med diagnosen för att kunna ge dem rätt behandling och således minska eventuellt lidande i form av osteoporosrelaterade frakturer.

Fortsättningsvis hoppas vi på att bibehålla gott samarbete med rehab gällande patientbesök till dietist och fysioterapeut, både för de med diagnos (t.e.x. balansträning) samt de som har riskfaktorer för fraktur (så som lågt BMI och därmed kan få behandling via dietist).

Det finns planer på att skapa intresse hos personalen på vårdcentralen för delaktighet, självbestämmande och motivation till förändring. Detta ska uppnås genom att erbjuda olika digitala och fysiska utbildningar inom bl a osteoporos. Detta kommer inte bara att bidra till en mer holistisk och individanpassad vård, utan också stärka patienternas förståelse för och engagemang i sitt eget välmående. Genom att intensifiera fokuset på livsstilsrådgivning lägger vi grunden för långsiktig hälsoutveckling och ökar därmed potentialen för positiva resultat för varje individ.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2

t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2" och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2025 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor (T.ex. "Boo VC Bilaga 1"). Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.