

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

del 1 och del 2 TEMA:

Förskrivning FaR , Ektorps VC 2024

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn

Ektorps Vårdcentral

Verksamhetschef

Marie Pilhjerta

Verksamhetschefens e-post

marie.pilhjerta@regionstockholm.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.salso@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: Elisabeth Kuldkepp

Profession: ST-läkare

E-post: elisabeth.kuldkepp@regionstockholm.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:

Helena Bergsten (ssk), Felicia Michélsen Forsgren (ssk).

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

B: Inhämta synpunkter från patienter i samband med besök där Fysisk Aktivitet på Recept (FaR) förskrivs till exempel i samband med diabetes- och hypertontkontroller. Samt vid uppföljning av måluuppfyllelsen hos patienter som fått FaR.

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?

SYFTE: *Frågor kring livsstil/levnadsvanor är viktiga ur flera aspekter när det gäller att förbättra hälsa. Dels kan läkemedelsbehandling minskas, kroniska sjukdomar försämrars i långsammare takt, läkemedelsbehandling har bättre effekt. Förändras livsstil/levnadsvanor i ett tidigt skede kan vissa sjukdomar undvikas helt/delvis. För att få ett ökat fokus på dessa frågor bland legitimerad personal på Ektorps vårdcentral vill vi förskriva mer FaR. Att öka mängden fysisk aktivitet är ett område där de allra flesta människor kan påverka och göra någon förändring. Det övergripande målet är därför att förskriva mer FaR, som en del i att uppmärksamma frågorna kring livsstil samt på lång sikt förbättra patienternas hälsa.*

För patienten:

-Att förbättra levnadsvanor är en betydelsefull del i det hälsobefrämjande arbetet. FaR ska användas som en behandlande och/eller sjukdomsförebyggande insats på VC. Forskning visar att en skriftlig ordination, tydliga, mätbara och nåbara mål samt uppföljning av målen ökar följsamheten till att vara regelbundet fysisk aktiv. (Källa: vårdprogram för diabetes, Vårdprogram för hypertoni.)

-Det skrivs tydligt i behandlingsprogram för bland annat diabetes och hypertoni att livsstilsförändring är en viktig del för att undvika försämring samt att förbättra effekten av läkemedelsbehandling. (Källa: vårdprogram för diabetes, Vårdprogram för hypertoni.)

-Att nå lägre blodtryck än initialblodtrycket samt förhoppningsvis nå målblodtrycket utan att behöva sätta in ytterligare läkemedel. (Källa: Vårdprogram för hypertoni.)

För verksamheten:

-Målet är att FaR blir en naturlig del i blodtrycks- och livsstilsbehandlingen genom att få till ett arbetssätt som håller över tid, men som inte ökar arbetsbelastningen nämnvärt.

-Öka antalet förskrivna FaR.

Nuläge: På Ektorps vårdcentral har det under 2023 förskrivits 5 st FaR. Utifrån ovanstående borde det vara gynnsamt att öka antalet FaR.

För samhället inom längre perspektiv

Friskare medborgare samt minska kostnader för läkemedelsanvändning genom att förebygga insättning av flera läkemedel och skjuta upp eventuell läkemedelsbehandling.

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.

Förskrivning av Fysisk aktivitet på recept (FaR).

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

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

Formulera här era mål:

Det övergripande målet är att förbättra patienters hälsa genom förändring av livsstil, framför allt via fysisk aktivitet.

För att få en ökad följsamhet till att planerade mål uppnås vad det gäller fysisk aktivitet för att främja hälsa, vill vi öka antalet förskrivna FaR på Ektorps Vårdcentral.

Uppnå målvärde på blodtryck eller lägre än initialvärdet, med hjälp av FaR (utan insättning/dosökning av läkemedel).

Finna ett arbetssätt, troligen distanskontakt, samt eventuellt egenrapportering, som inte skapar mer arbete gällande FaR-förskrivning samt uppföljning.

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/verktygslada-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/verktygslada-patientsamverkan/>

1: Bristande kunskap om FaR

1.1: Utbildning om FaR – E-kurs Lärtorget + föreläsning på VC ordnad av APC.
1.2: Vidareutbildning om FaR på APC.
1.3: Löpande internutbildning på VC.
1.4: Ha en namngiven FaR ansvarig
1.5: Lokala nätverksträffar för FaR ansvarig
1.6: FYSS genomgång

2: Tidsbrist	2.1: Förenkla flöden på VC för att underlätta förskrivning av FaR. 2.2: Ta fram ett rimligt uppföljningsprogram 2.3: Uppföljningsfrågor – utforma ett webbformulär som kan skickas ut till patienterna.
3: Få antal patienter remitterade till Nacka Rehabcentrums (NRC) Blodtrycksskola	3.1: Motiverade patienter erbjuds Blodtrycksskola vid sjuksköterskebesök

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/verktygslada-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. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	<i>Antal förskrivna FaR 2024 jämfört med 2023 (KVÅ-kod DV200). Datumintervall 2024-01-01–2024-12-31 jämfört med 2023-01-01–2023-12-31.</i>	5 st (under 2023)	2024-01-01	≥20 st	Medrave+ Journalgranskning i Take Care	2024-12-31
Indikator 2	<i>Andel patienter med FaR som har ökat sin fysiska aktivitet jämfört med tiden före receptet</i>	0	2024-01-01	≥60 %	Medrave+ Journalgranskning i Take Care	2024-12-31
Indikator 3	<i>Andel patienter med FaR med lägre blodtryck än sitt ursprungsvärde</i>	0	2024-01-01	≥50 %	Medrave+ Journalgranskning i Take Care	2024-12-31

Indikator 4	<i>Andel FaR-föreskrivningar som ska vara uppföljda minst 1 gång (KVÅ-kod AWO05)</i>	0	2024-01-01	100 %	Medrave+ Journalgranskning i Take Care	2024-12-31
--------------------	--	---	------------	-------	--	------------

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?

Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.

- Sköterske-ledda blodtrycksmottagningen på VC kommer utgöra en viktig del i föreskrivningen av FaR. FaR kommer även att föreskrivas via Nacka Rehabcentrum och deras Blodtrycksskola dit vi kan remittera patienter.
- Diskutera återkommande på möten kring livsstil och åtgärder för att förbättra livsstil med tex FaR för motiverade patienter. Diskussion kring uppföljning av FaR samt presentera status för projektet regelbundet (presentera hur vi går mot målen under årets gång)
- Varför skriver vi inte fler FaR? Kort frågeformulär till legitimerade medarbetare. Eventuella ytterligare åtgärder för att skriva fler FaR.
- FaR ansvarig på VC samt deltagande på nätverksträffar.

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

Alla professioner (läkare, sjuksköterskor/distriktssköterskor/psykologer) har uppmuntrats till förskrivning av FaR och alla professioner har förskrivit och följt upp FaR. Vi har ökat kunskapen och medvetenheten om FaR i personalgruppen. Patienter har ibland även själva efterfrågat FaR.

Ansvarig ST-läkare har löpande presenterat status för projektet/våra förskrivningar av FaR (åskådliggjort i ett diagram uppsatt i fikarummet, se Diagram 1). Det har satts upp affischer om FaR i väntrummet och beställts och delats ut patientmaterial om FaR från Vårdgivarguiden till både personal och patienter.

Anslag är uppsatt på VC med information om pågående kvalitetsarbete som utförs på uppdrag av verksamhetschefen.

Idéer till lösningar för att nå våra mål, angivna i del 1:

1: Bristande kunskap om FaR

1.1: Utbildning om FaR – Vi har deltagit i E-kurs om FaR via Lärtorget samt haft föreläsning på VC ordnad av APC under hösten 2023.

1.2: Under 2024 har ansvarig ST-läkare haft utbildningstillfällen om levnadsvanor inklusive FaR på APC (via teams) där en sammanfattning vidareförmedlats till sjuksköterskegruppen.

1.3: Under 2024 har ansvarig ST-läkare haft genomgång med hela personalgruppen om FaR samt haft löpande internutbildning med sjuksköterskegruppen samt lyft frågan på läkarmöten på VC. Personalen har fått råd att använda "farledare.se" tillsammans med patienten för att få tips om aktuella aktivitetsarrangörer och deras utbud.

1.4: Vi har en namngiven FaR ansvarig.

1.5: Ansvarig ST-läkare har deltagit i lokal nätverksträff för FaR.

1.6: Ansvarig ST-läkare har presenterat FYSS samt eFYSS (vi har två tillgängliga FYSS-böcker på VC) och haft översiktlig genomgång av rekommenderad fysisk aktivitet för några utvalda diagnoser (Hypertoni, Diabetes typ 2, Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom, Depression). Sjuksköterskorna har för dessa diagnoser erhållit "receptmallar" för FaR.

2: Tidsbrist

2.1: Vi har valt att fokusera på några utvalda diagnoser för förskrivning av FaR och hur flödet kring förskrivningen kan förenklas. Vi har dock inte kommit i gång ordentligt med dessa flöden än, men arbetet är påbörjat och vi planerar att aktivt fortsätta jobba med dessa diagnoser:

Diabetes typ 2:

Förskrivning av FaR: Läkare alternativt diabetessköterska i samband med respektive årskontroll.

Uppföljning av FaR: Läkare alternativt diabetessköterska i samband med respektive årskontroll (efter ca 6 mån).

Hypertoni:

Förskrivning av FaR: Läkare i samband med besök/årskontroll alternativt sköterska via blodtrycksmottagningen.

Uppföljning av FaR: Primärt sköterska via blodtrycksmottagningen.

Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom/Astma:

Förskrivning av FaR: Läkare alternativt sköterska i samband med besök/årskontroll.

Uppföljning av FaR: Telefonledes eller genom digital uppföljning via Alltid Öppet av förskrivaren.

Obesitas/Prediabetes:

Föreskrivning av FaR: Läkare alternativt sköterska i samband med besök.

Uppföljning av FaR: Via sköterskebesök alternativt telefonledes eller genom digital uppföljning via Alltid Öppet av förskrivaren.

Psykisk ohälsa:

Föreskrivning av FaR: Primärt psykolog, även sköterska ansvarig för psykisk ohälsa i samband med besök.

Uppföljning av FaR: Primärt psykolog, även sköterska ansvarig för psykisk ohälsa i samband med återbesök.

Vi planerar att den första uppföljningen skall ske efter ca 1–3 månader (förutom diabetespatienter där uppföljning planeras till efter 6 månader (i samband med årskontrollerna).

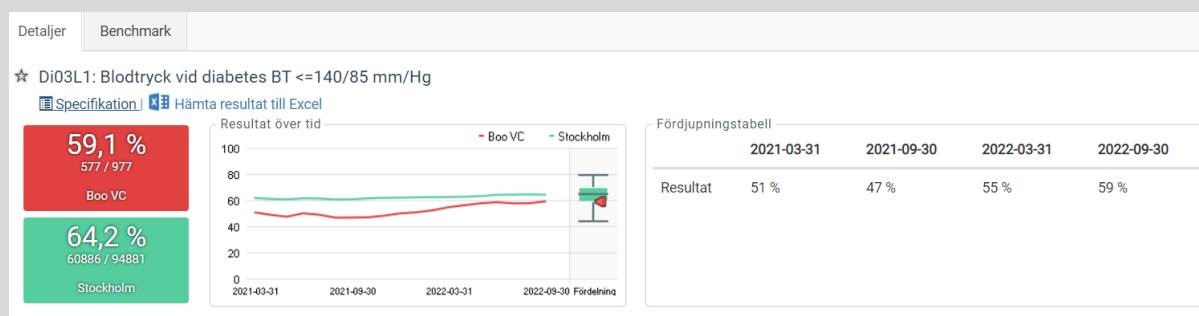
2.2:/ 2.3: Arbetet med att utforma ett webformulär påbörjades för att få ett enkelt och tillgängligt uppföljningsprogram, men under pågående arbete erhöles information från FaR-ansvarig på APC att det redan utformats ett webformulär som planerades komma i bruk under fjärde kvartalet 2024. Vi valde därför att invänta denna. Webformuläret har inte börjat användas än, men vi har anmält oss för att delta i ett pilotprojekt för digital uppföljning av FaR via Alltid Öppet med start januari 2025.

3: Få antal patienter remitterade till Nacka Rehabcentrums (NRC) Blodtrycksskola.

3.1: Flertal patienter har erbjudits Blodtrycksskola via sköterskebesök. Totalt har 11 patienter från Ektorps VC deltagit i Nacka Rehabcentrums Blodtrycksskola under 2024 (Källa: NRC).

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 förskrivna FaR 2024 jämfört med 2023 (KVÅ-kod DV200). Datumintervall 2024-01-01–2024-12-31 jämfört med 2023-01-01–2023-12-31.	5 st (under 2023)	2024-01-01	≥20 st	31 st (varav 2 st med spärrad journal varför dessa exkluderas från journalgranskning, således ej inkluderade i resultatet för Indikator 2, 3 och 4)	Medrave+ Journalgranskning i Take Care	2024-12-31

Indikator 2	Andel patienter med FaR som har ökat sin fysiska aktivitet jämfört med tiden före receptet	0	2024-01-01	≥60 %	50 % (8/16) av antalet uppföljda patienter 28 % (8/29) av totala antalet patienter	Med-rave + journalgranskning i Take Care	2024-12-31
Indikator 3	Andel patienter med FaR med lägre blodtryck än sitt ursprungsvärde	0	2024-01-01	≥50 %	30% (3/10 hypertoni-patienter/patienter med förhöjt blodtryck utan hypertoniagnos, varav 2 fick tillägg av antihyperten sikt läkemedel. För resterande 7 har inte blodtrycket följts upp efter ordinerat FaR)	Med-rave + journalgranskning i Take Care	2024-12-31
Indikator 4	Andel FaR-förskrivningar som ska vara uppföljda minst 1 gång (KVÅ-kod AW005)	0	2024-01-01	100 %	55% (16/29) av totala antalet patienter	Med-rave + journalgranskning i Take Care	2024-12-31

Övriga kommentarer:

2 patienter (1 patient 2023 och 1 patient 2024) exkluderades från detta kvalitetsarbete då KVÅ-koden DV200 (Utfärdande av recept på fysisk aktivitet (FaR)) var satt men inget FaR utfärdat för den aktuella patienten.

37,5 % (6/16) av antalet uppföljda patienter hade inte ökat sin fysiska aktivitet.

Hos 12,5% (2/16) av antalet uppföljda patienter var det oklart om de ökat sin fysiska aktivitet då ursprungsvärdet på deras aktivitetsnivå var okänt.

Av det totala antalet patienter var det endast 55% som var uppföljda minst 1 gång, hos resterande 45% är det således okänt om de ökat sin fysiska aktivitet eller inte.

Alla patienter som ökat sin fysiska aktivitet efter ordinerat FaR jämfört med tiden innan receptet inkluderades även om de inte exakt följt ordinationen på FaR.

Av de 3/10 hypertoni-patienterna som uppmätt lägre blodtryck var det hos en patient mätt via både hembloodtryck och mottagningsbloodtryck, hos en patient mätt via hembloodtryck och hos en patient via mottagningsbloodtryck. En kommentar är dock att den ena patienten som uppvisat lägre hembloodtryck inte hade någon sänkning av mottagningsbloodtryck. Då två av patienterna fick tillägg av antihypertensivt läkemedel är således den eventuella blodtryckssänkande effekten av FaR svår att utvärdera.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Det har varit mycket roligt och lärorikt att jobba med detta kvalitetsarbete. Vi har uppnått målet med Indikator 1 (antal förskrivningar av FaR) med totalt 31 stycken förskrivningar under 2024 att jämföra med 5 stycken förskrivningar under 2023, vilket är en markant ökning som vi bör vara mycket nöjda med. Vårt mål var ≥ 20 stycken förskrivningar under 2024.

För övriga indikatorer 2, 3 och 4 uppnådde vi inte våra mål. Av de patienter som följdes upp var det 50 % som ökat sin fysiska aktivitet och av det totala antalet var det 28% att jämföra mot vårt mål på $\geq 60\%$. På grund av lågt antal uppföljningar (55%), föreligger ett stort mörkertal där vi inte vet om patienterna följt ordinationen/ökat sin fysiska aktivitet och uppnått några hälsoeffekter. Vi hade ett högt uppsatt mål att 100% av FaR-förskrivningarna skulle vara uppföljda minst en gång, vilket vi således inte uppnådde. Det som var tydligt i detta arbete var således att vi brast i våra uppföljningar, vilket är en central roll i FaR. Utan uppföljning är det inte ett komplett FaR. En reflektion i efterhand är dock att målet var lite högt uppsatt utifrån hur arbetsbelastningen på VC ser ut. Till vårt försvar skall också nämnas att en del av patienterna som ordinerats FaR under 2024 planeras att följas upp under 2025.

Som redovisats ovan hade 30% av hypertonipatienterna ett lägre blodtryck än sitt ursprungsvärde, att jämföra mot vårt mål på $\geq 50\%$, men dels var det endast tre patienter och av dessa var det två patienter som fått tillägg av antihypertensivt läkemedel varför det således är svårt att dra några slutsatser avseende den eventuella blodtryckssänkande effekten av FaR. Därtill var det för de resterande sju hypertonipatienterna okänt om det förelåg någon blodtryckssänkning eller inte då blodtrycket inte hade följts upp.

Det som har varit den dominerande anledningen till att för få FaR förskrivs både hos läkare och sköterskor är tidsbristen. I samtal med sköterskor framkom även att patienterna ibland uppfyller de nationella rekommendationerna avseende fysisk aktivitet och därför inte är i behov av FaR. Det har även förekommit att patienter erbjudits FaR men tackat nej till det.

Det är utmanande att få till ett flöde som fungerar. FaR är ett bra verktyg för att öka den fysiska aktiviteten men det kräver mycket tid och arbete från medarbetaren för att det skall fungera som det är tänkt. En bra plattform att förskriva FaR är i samband med årskontroller men då räcker inte tiden till varför andra tillvägagångssätt måste lyftas fram, exempelvis boka separat besök/videobesök för förskrivning av FaR. Den största framgången med detta kvalitetsarbete är att medvetenheten om FaR bland personalen har blivit större och vi har ökat vår förskrivning av FaR markant. Det har varit ett stimulerande arbete och roligt att försöka motivera patienter till livsstilsförändring. Alla professioner har erhållit en lista på de olika KVÅ-koderna som är aktuella för FaR och vi har blivit bättre på att koda korrekt.

Vi har uppmuntrat till att använda den förenklade formen av FaR då den kräver mindre tidsåtgång. Vi behöver dock i vissa fall bli bättre på att konkretisera själva ordinationen och fylla i planen (När? Var? Med vem?) i FaR blanketten då det tydliggör vad patienten skall göra.

Indikationen för FaR bland de patienter som erhållit det under 2024 var hypertoni, obesitas, diabetes/pre-diabetes, artros/värk, psykisk ohälsa, muskelstärkande effekt. Inte sällan var indikationen för FaR flera av de nämnda för en och samma patient.

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?

Patienterna har varit delaktiga vid själva förskrivningen av FaR. Förskrivaren sätter tillsammans med patienten upp en målsättning och doseringen anpassas utifrån den enskilda individen. Ibland har patienter aktivt själv efterfrågat FaR. Den stora utmaningen är att få patienter motiverade att ändra sina levnadsvanor och följa ordinationen. Flertal patienter hade inte ökat sin fysiska aktivitet vid uppföljningen. Förslag till förbättrad compliance är att använda sig av motiverande strategier (MI) samt ordna med fler uppföljningar.

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.

Vi kommer att delta i ett pilotprojekt med digital uppföljning av FaR via Alltid Öppet med start under januari 2025. Detta kommer att utvärderas under våren 2025. Vidare behöver vi aktivt jobba med flödena som presenterats ovan för att underlätta förskrivningen av FaR där den digitala uppföljningen kommer att bli en viktig del.

Som framgick av resultatet har endast ett mindre antal hypertonipatienter fått FaR förskrivet. Hypertonikerna är en viktig patientgrupp att arbeta vidare med och målet är att uppnå målvärde på blodtryck eller lägre än initialvärdet med hjälp av FaR (utan insättning eller doshöjning av läkemedel). Flertal patienter har erbjudits Blodtrycksskola via sköterskebesök på VC och FaR har även förskrivits via Nacka Rehabcentrum.

Utöver blodtryckseffekter önskas även andra hälsoeffekter studeras framöver som till exempel förbättrad glukoskontroll, viktning, förbättrad psykisk hälsa och minskad värk. Patienter med psykisk ohälsa är en grupp som det vore särskilt intressant att studera eventuella hälsoeffekter av insatt FaR.

Vi behöver även fortsättningsvis uppmuntra alla professioner att förskriva FaR. På samma sätt som patienterna behöver följas upp för att uppnå compliance behövs även fortsatt uppföljning och utvärdering av våra förskrivningar och flöden för att uppnå bästa resultat. Detta kan förslagsvis ske med fortlöpande diskussioner på sköterske- och läkarmöten samt med våra psykologer. Avslutningsvis kommer resultatet av detta kvalitetsarbete presenteras för personalgruppen.

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 forbattringsarbeten.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.



Diagram 1: Förskrivning av FaR under 2024.