

Sammanställning av patientnära medicinska kvalitetsarbeten 2023

20 av 32 vårdcentraler har redovisat godkända kvalitetsarbeten för 2023 vilka presenteras i detta dokument. Antalet är 3 färre än föregående år.

Kravet för ett godkänt arbete har varit att enheten först lämnar in en projektbeskrivning med problemformulering och plan för tillvägagångssätt samt att man sedan redovisar utfallet relaterat till den ursprungliga beskrivningen.

Om du vill veta mer om de olika arbetena kan du kontakta respektive vårdcentral.

För mer övergripande information kan du kontakta Roland Olofsson-Dolk, Verksamhetschef Allmänmedicinskt Kunskapscentrum, AMK roland.olofsson-dolk@kronoberg.se

Innehållsförteckning

1	Identifiering av patienter med oregelbunden puls.....	2
2	Minska förskrivning av Zopiklon	4
3	Införande av DSK/SSK-rond på VC Birka	6
4	Uppföljning av hembesök 2 1/2 år istället för på plats	8
5	Bättre hjärtsviktsvård	11
6	Förbättra struktur kring blodtryckskontrollerna på sköterskemottagningen.	13
7	Uppföljning av blodtryck hos diabetespatienter	15
8	Ökning av antal patienter med fast läkarkontakt.....	16
9	Uppresningar från stol som utvärdering av träningsprogram.....	19
10	Scenarioträning akuta situationer på vårdcentral.	21
11	Sammanställning klimakteriemottagning i primärvård	23
12	Kartläggning och minskning av polyfarmaci på SÄBO.....	25
13	Digital träning för diabetespatienter.....	27
14	Vårdcentralens Söders diabetesblogg med livsstilsutmaningar!.....	29
15	Utvärdering av stresshanteringskurs.....	34
16	Hälsosamtal i samband med sjukskrivning.....	35
17	Kan vi öka antalet enkla läkemedelsgenomgångar?.....	37
18	Strukturerat omhändertagande av receptförnyelse.....	38
19	Utvärdering av återhämtningshjälpen.....	40

1 Identifiering av patienter med oregelbunden puls

Vårdcentral	Achima Care Vislanda
Projektbeskrivning	
Att ha oregelbunden puls vet vi kan leda till stroke och att risken ökar med åldern. I samband med att vårdcentralen börjar strukturera upp arbetet med hjärtsviktspatienter och vi blivit delaktiga i ett större projekt, så väcktes tanke att kontrollera pulsen mer regelbundet. Vi vill undersöka hur många patienter som kommer till distriktssköterskemottagningen har en oregelbunden puls utan att besväras av det. Hur många kommer ha en oregelbunden puls? Kan vi förebygga framtida hjärtbesvär genom att enbart kontrollera dess puls? Metod: Patienter som kommer till distriktssköterskemottagningen och som inte söker för hjärtbesvär, kommer pulsen att palperas under 1 minut och sen använder vi vår tum EKG som kontroll. Vi kommer göra det under 6 månader (juli borträknad) och patienter över 65 år kommer tillfrågas. Patienterna ska inte ha några kända hjärtsjukdomar. Om det upptäckts något avvikande kommer patienterna få tid för läkarundersökning. Vi räknar med att vi ska kunna undersöka runt 100 patienter. Av dessa kanske 1–2 patienter har en oregelbunden puls. Kan detta leda till att vi ändra vårt arbetssätt på vårdcentralen att vi har rutin att alltid kolla pulsen även på de som söker för annat än hjärtbesvär.	
Projektredovisning	
Vi vill undersöka hur många patienter som kommer till distriktssköterskemottagningen har en oregelbunden puls utan att besväras av det. Hur många patienter kommer att ha en oregelbunden puls? Kan vi förebygga framtida hjärtbesvär genom att enbart kontrollera deras puls? Resultat: Under vår planerade tid, så inkluderade vi totalt 102 patienter, 49 kvinnor och 53 män. Åldersspannet var mellan 65 och 95 år, medelåldern 75 år. De sökte vårdcentralen för vaccination, diabeteskontroll, blodtryckskontroll, injektion, 24-timmars blodtrycksmätning etcetera. Största anledningen till besöken var blodtryckskontroll (43 patienter) och vaccination (15 patienter). Vi tog pulsen vid handleden på alla under 1 minut. Om pulsen var oregelbunden tog vi ett tum-EKG som vi verifierade det med. Visade tum-EKG förändringar oregelbundet så tog vi ett EKG och rådfrågade läkare om åtgärder behövdes. Av dessa 102 patienter hade 81 regelbunden puls och 21 oregelbunden puls. Av de 21 med oregelbunden puls tog vi 6 vanliga EKG. En av de 6 patienterna som vi tog ett vanligt EKG på fick vi skicka till akuten. Denna patient sökte vårdcentralen för vanlig vaccination. En andra patient fick ett upp följande läkarbesök lite senare. Denna patient sökte för en blodtryckskontroll.	

En tredje patient visade förmaksflimmer, men det var inte ny tillkommit. Denna patient kom för en 24-timmars blodtrycksmätning.

De andra tre patienterna behövde ingen mer åtgärd efter läkarbedömningen.

De andra 15 patienterna med oregelbunden puls hade bara extraslag som är ofarliga.

Slutsats.

Att regelbundet ta puls på patienter över 65 år som kommer på besök till vårdcentralen kan man upptäcka hjärtarytmier innan patienten själv har bekymmer. Var 17:e patient över 65 år kan behöva undersökas av läkare för detta.

På våra sjuksköterskemottagningar kommer vi att undersöka pulsen oftare på patienter som inte bara söker för blodtrycksbesvär och då göra det under en minut.

2 Minska förskrivning av Zopiklon

Vårdcentral	Achima Care Älmhult
Projektbeskrivning	
Bakgrund: Sömnläkemedlet Zopiklon är narkotikaklassat och kan vara beroendeframkallande. Det bör endast användas under en kort period och vid tillfälliga besvär. Sömnläkemedel botar inte orsakerna bakom sömnbesvär, men kan ge lindring när sömnlösheten är som värst. Studier visar att effekten av sömnläkemedel inte är så stor. Vanliga biverkningar är dagtrötthet, glömska, yrsel, förvirring och risk att falla. Enligt Medrave var Zopiklon det läkemedel vi på Vårdcentralen Achima Care i Älmhult skrev ut näst mest av under år 2022. Syfte: Att erbjuda andra strategier och behandlingsmetoder för att hjälpa personer som söker för sömnsvårigheter. Fokus ligger i första hand på åldersgruppen 18–49 år och för personer med nya sömnbesvär. Mål: Minskad förskrivning av Zopiklon för personer 18–49 år. Metod: • Statistik tas fram via Medrave. • Personer som kontaktar triageringen vid nyuppkommen sömnsvårighet, bokas till psykosocial resurs för bedömning och behandling. • Personer som önskar receptförnyelse av sömnläkemedel, kontaktas av en psykosocial resurs och erbjuds andra behandlingsalternativ. • När läkare (eller annan vårdpersonal) träffar patienter med sömnsvårigheter, bokas tid till psykosocial resurs. • Om Zopiklon ändå bedöms som adekvat behandling, skrivs minsta förpackningen ut och följs upp. • Informationsbrev ”Att sluta med Zopiklon” delas ut. • I-KBT erbjuds av psykolog. • Öppen föreläsning om sömn erbjuds på vårdcentralen. • Fysioterapeut/arbetsterapeut kan komma att involveras.	
Projektredovisning	
Vi har haft ett uppstartsmöte på vårdcentralen på ett APT i våras, då all personal fick information om varför vi valt detta kvalitetsarbete och hur projektplanen såg ut. Personalen på vårdcentralen fick också en intern utbildning om sömn och sömnhygien. Patienter som har ringt eller kontaktat vårdcentralen via 1177 och Achima Online (vår chattfunktion) på grund av sömnbesvär har bokats i första hand till psykosocial resurs för bedömning och behandling. Patienterna har erbjudits hjälp med information om sömnhygien och strategier för att förbättra sömnen antingen vid individuellt fysiskt besök eller via iKBT och sömnmodulen. Sömnloggbok har använts och broschyren ”Sömn” från Region Kronoberg har delats ut. Arbetsterapeuten har involverats i flera patienter, men fysioterapi har inte blivit aktuellt. Föreläsning om sömn planeras till den 21 november och kommer att vara öppen för alla att	

lyssna på. Föreläsningen kommer att hållas av vår PTP-psykolog som en del i hennes övriga arbete under PTP.

Fokus har legat på patienter med nyuppkomna sömnbesvär och i åldern 18–49 år, men alla som sökt för sömnbesvär har fått samma erbjudande om behandling.

Utfall:

Statistik på antal förskrivningar av Zopiklon har tagits fram i Medrave i åldersgruppen 18–49 år. Vi jämförde perioden 1 april till 31 oktober år 2023 med samma period förra året (2022).

Förskrivningen har minskat enligt följande: 38 förskrivningar (24 patienter) gjordes 2023 jämfört med 48 förskrivningar (29 patienter) 2022. Antal DDD (definierad dygnsdos) för 2023 var 2553. En minskning jämfört med 2022 då antal DDD var 2833.

3 Införande av DSK/SSK-rond på VC Birka

Vårdcentral	Birka
Projektbeskrivning	
Många patienter med olika symtom som inte bedöms som akuta och som traditionellt har bokats till läkare får idag vänta länge på en tid för besök på Vårdcentralen. Detta skapar frustration både hos patienter och personal. Samtidigt finns en delvis outnyttjad resurs i form lediga tider i DSK/SSK:s tidböcker. Det finns också en önskan från DSK/SSK om mer tid för rådgivning av läkare när det gäller patienter som varit på besök, ringt till Tele-Q eller skickat meddelande i 1177 Vårdguiden. Syfte: • Att använda Vårdcentralens resurser på ett mer effektivt sätt Mål: • Att minska onödig väntetid för patienterna • Att undersöka om rondtiden räcker till • Frigöra tid i läkarnas tidböcker för patienter med mer komplexa medicinska behov • Ökat kunskapsutbyte mellan DSK-SSK-läkare Metod: Införande av DSK/SSK-rond. Detta innebär att de patientkategorier som kan bokas till DSK/SSK utökas enligt flera PM för olika symtom/misstänkta diagnoser. Att patienterna tas om hand på ett strukturerat sätt ökar säkerheten för patienterna. De patienter som bokats enligt detta sätt, samt även andra patienter som DSK/SSK har frågor om tas sedan upp med en läkare som har avsatt tid för rond 15 minuter dagligen, 5 dagar i veckan. Vid dessa ronder kommer alla DSK/SSK som är i tjänst vid den tiden att delta vilket ger möjlighet till ökat kunskapsutbyte och lärande. Uppföljning: • Vid varje rond 1. Fick patienterna en minskad väntetid jämfört med tidigare arbetssätt? Ja eller nej (ett svar för varje patient). 2. Räcker rondtiden till? Ja eller nej • Efter en månad görs en större utvärdering utifrån statistiken vid varje rond, samt om vad som upplevs positivt eller negativt med det nya arbetssättet. Därefter görs ev justeringar och sedan fortsatt statistik vid varje rond och större utvärderingar vid behov. • I april och oktober görs en utvärdering med en kort enkät till DSK/SSK med frågan om det upplevs lätt eller svårt att hitta en läkartid för patienter med mer komplexa medicinska behov. • I oktober görs också en kort enkät med fråga om DSK/SSK och läkare upplever ett ökat kunskapsutbyte efter införandet av det nya arbetssättet jämfört med tidigare.	
Projektredovisning	
Ronden var till för att ta upp frågor till läkare angående patienter som varit hos DSK/SSK. Vid ronderna har det också tagits upp frågor angående rådgivning till patienter där det inte är aktuellt med besök. Antal patienter angående detta finns det ingen statistik på då det inte ingick i de ursprungliga frågeställningarna. Inför starten av projektet skrevs flera PM med lokala rutiner: utslag/eksem/mindre sår, hypertoni, hörselnedsättning, borreli, bältros,	

urinvägsbesvär hos kvinnor över 12 år. För patienterna med hörselnedsättning har rutinen ändrats under projektiden. Den ifyllda enkäten läggs direkt till en specifik läkare och inte tas upp på rondan.

I början hade vi rond dagligen i 15 minuter. Första uppföljningen gjordes muntligt vid ett APT-möte. Alla var nöjda med det nya arbetssättet och ville fortsätta. Från slutet av augusti ändrade vi ronderna från tisdag till fredag, eftersom behovet av rond på måndagar inte var så stort. Mätning av statistik från ronderna pågick till den 13/10. Det var 115 dagar med möjlighet för rond. Enkäten fylldes i vid 76 % av alla dagar. För 16 av dagarna var det ingen rond pga. inga patienter att ta upp. Totalt: 99 dagar med rond och 114 patienter.

Måluppfyllelse

- Målet att minska väntetiden till första besöket uppfylldes för de allra flesta patienterna. För 85 patienter blev väntetiden kortare och för 29 patienter blev det inte minskad väntetid. Det blev ca 3,4 patienter per vecka som fick minskad väntetid till första besöket jämfört med tidigare arbetssätt.
- Rondtiden räckte till för 78 av dagarna, och inte för 5 av dagarna.
- I april gjordes en kort enkät till DSK/SSK som visade att alla upplevde det svårt att hitta läkartider för patienter med mer komplexa behov. I oktober gjordes en ny enkät. Den visade att alla DSK/SSK fortfarande tyckte det var svårt att hitta tider för dessa patienter.
- I enkätsvaren vid uppföljningen i oktober, från både läkare och DSK/SSK, tyckte de allra flesta att rondan inneburit ett ökat kunskapsutbyte mellan professionerna.

Sammanfattning

Vi kommer att fortsätta med ronderna tisdag till fredag eftersom det framkommit flera positiva effekter både för patienter och personal. Av målen som sattes upp har 3 av 4 uppfyllts, vilket får ses som bra. Då det fortfarande är svårt att hitta läkartider till patienter med mer komplexa problem så behövs det fler lösningar förutom rondan. Annat som framkom var att rondan kan behöva mer struktur och att vissa justeringar behöver göras i våra lokala PM.

4 Uppföljning av hembesök 2 1/2 år istället för på plats

Vårdcentral	Dalbo, BHV
Projektbeskrivning	
Bakgrund I BHV program ingår besök hos BHV sköterska vid 2½år. Bedömning handlar om bl.a. om språk, samspel, kommunikationsförmåga, utveckling, lek och motorik. Barn i den åldern har både egen vilja och känner ibland blygsel och viss distans för främmande miljöer och nya personer. Bedömning kan därför ibland vara svårt då barn inte alltid medverkar. Det betyder att bedömning inte alltid blir möjlig eller behöver göras vid annat tillfälle. Syfte Att undersöka om besök i hemmiljö underlättar möjlighet till bedömning vid 2 ½ års besök. Metod 15 barn, fördelat på fem BHV sköterskor, kommer slumpmässigt få ett hembesök där 2 ½ årsbedömningen sker i hemmet under perioden april-oktober. Kontrollgrupp kommer vara 15 barn som följer ordinarie 2 1/2 års bedömning på plats. Tanken är att utvärdera detta arbetssätt för patienterna genom att med kvantitativ metod mäta: • Tidsåtgång för bedömning av barnet på plats och vid hembesök. Tids mätning görs på den specifika del som rör de moment som handlar om barnet. • Mått på antal barn som genomför besöket på mottagningen och vid hembesök utan att komplettering eller att moment inte går att bedöma. Med kvalitativ metod vill vi med frågeställningar mäta: • Föräldrars upplevelse av besök i hem och på plats, med bedömningskriterier efter skalan: <i>mycket bra, bra, mindre bra, dåligt</i> Inklusion skriterier Barn som följer BHV programmet, besök med tolk är inte exklusionskriterie och kan genomföras men ska i så fall läggas som kommentar att det har ingått vid besöket.	
Projektredovisning	
Resultat: Besök på plats BHV • I gruppen som undersökts har 12 stycken barn bedömts på plats på BHV mottagning vid familjecentralen. • Genomsnittstiden för bedömning på plats på BHV-mottagningen har varit 43 minuter. • Av 12 besök har 5 av dem inte varit möjliga att bedömas komplett. • I den kvalitativa bedömningen har föräldrar i 8 fall bedömt besöket som <i>mycket bra besök</i>. 3 Har upplevt det som <i>Bra</i>. Vid ett tillfälle upplevdes besöket som <i>mindre bra</i>.	

Besök i Hemmet

- I gruppen där hembesök har genomförts har 10 barn ingått.
- Genomsnittstiden för bedömning i hemmet har varit 37 minuter.
- Av de 10 besöken har 1 inte varit komplett eller möjligt att genomföra.
- I den kvalitativa bedömningen har samtliga föräldrar upplevt besöket som *mycket bra*.

	BHV mottagning	I hemmet	
Antal Barn	12	10	
Genomsnitt tid för bedömning	43 min	37 min	
Antal komplett genomförda besök	7 av 12	9 av 10	
Föräldrars upplevelse av besöket.	8 av 12 har upplevt besök som <i>mycket bra</i>, 3 har upplevt det som <i>bra</i>, 1 har upplevts som <i>mindre bra</i>	Samtliga 10 har upplevt det som <i>mycket bra</i>	

Analys

Vid bedömning av barn vid denna åldern så ingår en språkscreening i barnhälsovårdsprogrammet. Det är ibland en svår bedömning att göra då det kan finnas inslag av blygsel och dessutom en främmande miljö på en BHV mottagning.

Då ett barn inte vill prata eller medverka kan de innebära att ett nytt besök behövs vid annat tillfälle.

I en hemmiljö kan BHV personalen i större grad använda sig av observation och frågor i hemmiljön för att fullfölja bedömningen.

I det undersökta materialet har gruppen som bedöms i hemmiljö en större andel med komplett genomförda besök.

I den kvalitativa upplevelsen är resultatet att föräldrar är mer nöjda vid hembesöken där samtliga har upplevt besöket som mycket bra.

De som upplevt det något sämre är besök på BHV mottagning, framförallt de där barnen behövt komplettera besöket eller där bedömning inte varit möjlig.

Sannolikt är föräldrar mer nöjda att vara kvar i sitt hem då det kan underlätta för familjer då de ibland har flera syskon som ska hanteras.

Tidsmässigt är det inte stora skillnader mellan grupperna men lite fördel för de som gjort hembesök, dock har inte transport till och från räknats med. Här spelar sannolikt den trygga hemmiljön roll för barnet.

Materialet är inte så omfattande i antal men gav ändå signaler om ett visst värde med hembesök.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis så är hembesök vid bedömning av barn vid denna åldern en bra åtgärd, i synnerhet på de barn där signaler finns sedan tidigare på att okända miljöer kan vara utmanande för dem.

Att genomföra det på alla barn i denna åldern är sannolikt inte heller ett effektivt sätt då transporttiden måste beaktas.

Bäst blir sannolikt att selektera till de besök för barn och familjer som upplever mest trygghet med att besöket sker i hemmiljö och leder till att extra besök undviks. Sammantaget är det en stor vinst både för familjer och verksamhet och går hand i hand med nära vård.

5 Bättre hjärtsviktsvård

Vårdcentral	Gränsbygdskliniken
Projektbeskrivning	
<u>Bättre hjärtsviktsvård</u> Många hjärtsviktspatienter har blod- och/eller järnbrist. Det är välkänt att anemi (blodbrist) och/eller dåliga järndepåer innebär en vanlig komorbiditet kopplad till sämre funktionsklass och prognos hos dessa patienter. Vi planerar därför att undersöka blodvärden och järndepåer på alla våra patienter med hjärtsviktsdiagnos. Provtagningen kommer att innefatta utredning enligt svenska och internationella riktlinjer, vilka rekommenderar provtagning i form av blodstatus, ferritin och transferrinmättnad. Patienter med symptomatisk hjärtsvikt och ejektionsfraktion <50 % kommer erbjudas behandling vid ev. påvisade brister. Som järnbrist räknas ferritin <100 mikrogram/l eller vid ferritinvärde <300 mikrogram/l om transferrinmättnaden samtidigt är < 20 %. Vid påvisad järnbrist skall även eventuell ytterligare utredning värderas avseende andra orsaker till järnbristen är hjärtsvikt, t.ex. gastro-intestinala- eller uro-genitala orsaker. Det är välkänt att per oral järnterapi inte har någon effekt avseende studerade variabler vid kronisk hjärtsvikt, varför vi tänkte erbjuda de patienter som har järnbrist intravenös järnterapi tills bristen hävts. Utvärdering kommer ske avseende i vilken mån patienterna uppskattade projektet och om de tyckte de mådde bättre av behandlingen, samt i vilken grad patienterna med hjärtsvikt var intresserade och deltog i projektet.	
Projektredovisning	
Vi fick hjälp via IT-avdelningen på Regionen att få ut en lista på alla patienter, som var listade på vår klinik och som var bosatta i Kronoberg, som hade fått diagnosen hjärtsvikt under året 2022. Det blev totalt 31 st. patienter. Under året tillkom dessutom två patienter som inte var bosatta i Kronoberg, samt en person som sköttes på medicinkliniken i Ljungby, men som inte fått diagnosen i journalen under år 2022, detta då p.g.a. att patienten inte haft några besök där under det året. Alla inkluderades i vår studie, totalt 34 patienter. Sex patienter avled under året, vilket illustrerar att vi har att göra med en äldre patientkategori och en allvarlig sjukdom. Dessa bortföll därför ur studieunderlaget. Vi bestämde sen att undersöka vilka patienter som gjort UKG under år 2020 eller senare. Detta för att vi skulle anse diagnosunderlaget vara någorlunda färskt. De som inte gjort UKG inom denna tidsperiod (år 2020–2023) erbjöds förnyad undersökning (UKG). Alla som erbjöds förnyad undersökning accepterade detta. Det innebar att vi gjorde totalt elva nya UKG på de inkluderade patienterna, under året. Alla patienter med EF (ejektionsfraktion) under 50% (10 patienter) erbjöds därefter provtagning för att undersöka blodvärde och järndepåer.	

Av dessa fann vi sju patienter med dåliga blod- och/eller järnvärden.

Av dessa uppfyllde fem patienter kriterierna för att inkluderas, och en patient fick per oral järnterapi istället.

Dessa fem erbjöds järninfusion med Ferinject, med dosering enligt Regionens riktlinje: Intravenös järnbehandling vid hjärtsvikt.

En av dessa fem patienter bytte vårdcentral under studietiden, medan övriga fick järnbehandling enligt ovan.

Glädjande var också att vi hade några patienter, som vid de nya ultraljudsundersökningarna hade bättre systolisk pumpfunktion (EF) än de hade vid närmast föregående undersökning.

Ett fynd vi tog som tecken på att de hade bra läkemedelsbehandlingar.

När vi värderade orsaker till patienternas dåliga värden kan man sammanfatta denna patientkategori med att:

En patient har gått vidare till tarmutredning, en patient hade en gynmalignitet och en patient drack för mycket alkohol. Övriga fyra fann vi inget avvikande på.

Under studietiden avled dessutom en patient och en patient omlistade sig till annan vårdenhet, av de som inte gick vidare till järninfusionsbehandling.

Detta innebar att vi hade 25 patienter kvar att utvärdera med frågor efter projektets slut.

För att utvärdera projektet ställde vi två frågor till deltagarna.

1. Upplever du att informationen angående din hjärtsvikt, provtagning och ev. hjärtultraljud var tillräcklig och så bra att du förstod nyttan med att tacka ja till deltagande?

Av dessa svarade 23 patienter ja på denna frågan. En patient svarade nej och en patient hade blivit demenssjuk och kunde inte tillfrågas.

Fråga nummer 2 ställdes till dem som fick intravenös järnbehandling (fyra patienter):

2. Upplever du att behandlingarna har förbättrat ditt mående/hälsotillstånd?

Av dessa svarade två ja och två tyckte inte de mårde bättre.

Sammanfattningsvis tycker jag att vi genom projektet dels fått betydligt bättre kontroll på våra hjärtsviktpatienter och därmed också i vissa fall kunnat optimera deras behandling enligt moderna behandlingsrekommendationer.

Vi har också kunnat glädja en del patienter med att deras hjärtan nu är i bättre skick än senast de gjorde ultraljud av sina hjärtan - en icke oväsentlig livskvalitetshöjning för dem både fysiskt och psykiskt.

Ur patientsynpunkt har viljan att delta varit stor och vi har på kliniken uppfattat det som att patienterna uppskattat projektet.

Vi har ändå fått konstatera att relativt många patienter i denna patientkategorin avlidit under det senaste året, ett tecken på sjukdomens allvarlighetsgrad.

I viss mån blev det också lite mer jobb än vi tänkt, men provtagningarna och de ganska många UKG-undersökningar känns ändå som en god investering i patienternas hälsa.

Det känns också som ett projekt som känns meningsfullt för oss på kliniken och som därmed också ger en arbetstillfredsställelse i så måtto.

6 Förbättra struktur kring blodtryckskontrollerna på sköterskemottagningen.

Vårdcentral	Hälsocentralen Falken
Projektbeskrivning	
Bakgrund: Vi har noterat att patienter sällan har ett målvärde för sitt blodtryck i journalen, vilket ofta leder till många bokade besök för blodtryckskontroller. Sköterskorna skriver Messenger till PAL som sedan ger besked om att fler blodtryckskontroller bör tas, och om 24h mätning skall göras eller om blodtrycket ligger inom målvärdet. Det resulterar i täta besök för patienten, färre tider för övriga besök i tidboken och mer tidsåtgång för personalen. Syfte: Minska patienters besök, ge patienterna ett målvärde, spara tid och resurser samt få en tydligare struktur för hur arbetet skall ske. Metod: Vi kommer att räkna antal blodtryckskontroller och 24h mätningar som är bokade under februari 2023 för att sedan jämföra med antal kontroller under oktober 2023. Vid förhöjt blodtryck ska ett målvärde noteras, och om blodtrycket sedan ligger över målvärdet vid nästa kontroll ska en 24h mätning planeras. När den ambulatoriska mätningen är genomförd skickas Messenger till PAL. Om blodtrycket ligger inom målvärdet vid andra blodtryckskontrollen, behövs inga fler mätningar utöver årskontrollerna. Mål: Mäta om antalet blodtryckskontroller minskar vid detta arbetssättet. Informera patienterna om sitt målvärde. Sköterskorna känner sig tryggare när det finns ett värde att utgå ifrån. Färre Messenger till läkarna samt en tydligare struktur. Färre besök sparar tid för patienten och vårdgivaren och ger mindre miljöpåverkan. Vi tror även att detta arbetssätt gör att besöken blir mer relevanta än idag.	
Projektredovisning	
Bakgrund: Då patienterna sällan har ett dokumenterat målvärde i journalen, leder detta till en hög frekvens av bokade besök för blodtryckskontroller. Det har resulterat i färre bokningsbara tider för övriga besök. Tillvägagångssätt: Då ett förhöjt blodtrycksvärde uppmäts på DSK-mottagningen ska läkaren ange ett målvärde för patienten. Om förhöjt värde kvarstår efter ambulatorisk dygnsmätning, bokas en läkartid. Visar mätningen på normala värden behövs ingen mer kontroll innan nästa årskontroll. Vi har kontrollerat antal bokade besök för blodtrycksmätning februari samt oktober 2023. Svårigheter / felkällor: Vi har under sommaren och hösten haft långtidssjukskrivningar bland både läkare och sköterskor. Detta har resulterat i flera, tillfälliga läkare där det missats att informeras om projektet. Läkarna har skrivit in målvärdet på olika ställen, så det har varit svårt att hitta dom. Under februari månad användes endast en 24-timmars mätare, men under oktober användes två mätare. I februari hade Falken 2053 listade patienter, och i oktober 2148. Resultat: Vi ser att antal blodtrycksrelaterade bokningar ökade med ca 35%. Det är motsatt det vi förväntade oss, men kan då bero på att vi hittat fler hypertonier samt på grund av ovanstående svårigheter / felkällor. Vi har nu tydligare struktur för hur vi planerar blodtrycksvärden som inte ligger inom målvärdet för patienten. Projektet har lett till färre konsultationer mellan läkare och sjuksköterskor. Vi försöker göra patienterna mer delaktiga genom information och genomgång av levnadsvanor samt föreslå egen-monitorering i hemmet. Vi tror att ett delat ansvar ger bättre resultat samt ett lättare arbetsflöde.	

Förbättringsområden: Från och med januari 2024 är vi fullbemannade med fast anställda läkare. En nyanställd specialist kommer att börja till våren och en sjukskriven läkare är åter på sin normala procentsats. Det innebär att vi inte behöver ta in tillfälliga läkare, utan att samtliga är delaktiga och väl förtrogna med arbetssättet och var målvärdet skall dokumenteras. Vi har även fler anställda sköterskor, och planerar för att ha dubbla schemalagda DSK-mottagningar i fortsättningen, med blodtrycksmottagning vissa dagar.

Måluppfyllnad/ slutsats: Vi kommer att fortsätta att arbeta med individanpassat målvärde för patienterna, samt bättre struktur vid omhändertagande av våra blodtryckspatienter. Vi ser också att många patienter skaffar egna mätare och kontrollerar sitt blodtryck hemma. Uppföljning sker på vårdcentralen. Vår tro är att detta arbetssättet kommer att gynna både patienterna och personalen. Besöken minskar eventuellt på sikt då patienterna blivit omhändertagna.

7 Uppföljning av blodtryck hos diabetespatienter

Vårdcentral	Kungshögen
Projektbeskrivning	
Bakgrund: 88% av alla med diabetes mellitus typ 2 har hypertoni enligt det Nationella Diabetesregistret. Patienter med diabetes mellitus typ 2 har ca 3 gånger så hög risk för hjärt- och kärlsjukdomar och hypertoni i sin tur är en riskfaktor. Därmed så är det av största vikt att minska riskerna för hjärt- och kärlsjukdomar och en av insatserna är att optimera blodtrycket. Syftet är att identifiera och behandla alla patienter i åldern 40–50 år med högt blodtryck och diabetes mellitus typ 2 på Vårdcentralen Kungshögen. Metod: 1. Via Medrave identifiera patienter med typ 2 diabetes i ålder 40–50 år. 2. Journalgranskning planeras därefter för att identifiera patienter med blodtryck över 130/80. 3. Kontakta patienter med blodtryck över 130/80 och be de kontrollera om blodtrycket i vårt blodtrycksrum två gånger. 4. Pat med blodtryck över 130/80 bokas i till diabetessjuksköterska för råd om kost och motion och efter det till läkare för läkemedelsbehandling av högt blodtryck alltså blodtryck över 130/80.	
Projektredovisning	
25 patienter identifierades med diabetes och i ålder 40–50 år via Medrave. 9 kvinnor och 16 män. Alla patienter får ett brev se bilaga om att komma och kontrollera blodtrycket. Av 25 patienter har 23 varit på diabetesmottagningen under projektiden. Dessa patienter har fått kost och motionsråd och motivation/förklaring till varför blodtrycket ska vara under 130/80. 3 av patienterna har inte kontrollerat eller kontrollerat om blodtrycket, alla tre är män. Patienter som har haft högt blodtryck rondades av läkare eller patientens läkare kontaktades för att optimera behandlingen. 8 av kvinnorna hade bra blodtryck alltså under 130/80. 1 kvinna hade över 130/80 och sattes in på behandling med god effekt. När vi avslutar projektet så har alla 9 kvinnor ett blodtryck under 130/80. 7 av männen har redan ett blodtryck under 130/80. 6 av männen hade högre blodtryck och de sattes in på behandling eller redan befintlig behandling optimeras. 3 av dessa patienter har blodtryck under 130/80 efter behandling och 3 har fortfarande högt så vi håller på att optimera behandlingen ytterligare. Efter tre månader kontrollerades de 3 patienter som fortfarande hade högt blodtryck, 1 av dem har nu bra blodtryck, 1 har inte velat ta sina blodtrycksmediciner och 1 har inte kommit för att kontrollera blodtrycket. Ovanstående arbetssätt implementerades i kvalitetsarbetet och är nu igång. Diabetessköterskorna följer mer noggrant att diabetespatienternas blodtryck är under 130/80.	

8 Ökning av antal patienter med fast läkarkontakt

Vårdcentral	Lagan										
Projektbeskrivning											
Under projekttiden kommer vi att starta upp arbetet med att förbättra kontinuiteten och fast läkarkontakt, arbetsmiljön och bibehålla en kostnadseffektiv vård på vårdcentralen Lagan. Bakgrund: Vårdcentralen Lagan har sedan flera år enbart haft en fast läkare som arbetar deltid. Under dessa år har vi haft flera olika hyrläkare och patienterna har inte haft den kontinuitet och fast läkarkontakt som eftersträvas. Detta har också påverkat arbetsmiljön för alla professioner på vårdcentralen. Under våren kommer vi att få en bättre bemanning med tre fasta läkare och till hösten ytterligare en läkare. Vårdcentralen har idag 3447 listade patienter med ett CNI på 0,61. Mål Att få en ökad kontinuitet och trygghet för patienten genom att ha en fast läkarkontakt med målet att uppnå SKR:s mål med 55% av alla listade patienter ska ha fast läkarkontakt. Att få en bättre arbetsmiljö för alla professioner på vårdcentralen genom att ha ett enklare sätt att arbeta på med listning/fördelning per läkare redan via teleQ/1177.se. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fast läkarkontakt</th><th>Antal patienter med fast läkarkontakt/per heltid</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DL arbetar 80%</td><td>880</td></tr> <tr> <td>DL arbetar 50%</td><td>550</td></tr> <tr> <td>ST arbetar 90%</td><td>495</td></tr> <tr> <td>ST arbetar 70%</td><td>385</td></tr> </tbody> </table> <i>Kommentar: utgår från socialstyrelsens nationella riktvärde om 1100 för DL och 550 för ST läkare som arbetar heltid</i> Metod Patienterna som kontaktar vårdcentralen ska enkelt kunna få tid hos den läkaren som känner patienten bäst genom att fördela patienterna efter födelsedatum till respektive läkare. Detta gör också att varje läkare får en rimlig arbetsmiljö och kan arbeta på ett tryggare och mer patientsäkert sätt. 1. Registrera fast läkarkontakt via verktyget master och Cambio Cosmic 2. Följa antalet patienter med fast läkarkontakt via QlikSense eller regionkollen 3. Mäta arbetsmiljön för alla professioner med enkät via verktyget ESmaker Utvärdering Före och efter kommer vi mäta antalet fast läkarkontakt per patient. Enkät till all personal före projektstart och vid avslut.		Fast läkarkontakt	Antal patienter med fast läkarkontakt/per heltid	DL arbetar 80%	880	DL arbetar 50%	550	ST arbetar 90%	495	ST arbetar 70%	385
Fast läkarkontakt	Antal patienter med fast läkarkontakt/per heltid										
DL arbetar 80%	880										
DL arbetar 50%	550										
ST arbetar 90%	495										
ST arbetar 70%	385										

Projektredovisning

Vi valde att arbeta med fast läkarkontakt för att få en ökad trygghet för våra patienter samt en förbättrad arbetsmiljö för samtliga medarbetare. En del i detta är att arbeta mot det nationella målet för läkare att ha en fördelning av antal listade patienter per respektive läkare. Men också att underlätta planeringen av bokning redan vid telefonsamtal (teleQ) eller annan kontaktväg som besök på vårdcentralen för att bibehålla kontinuitet.

Metod

Metoden var att medicinsk sekreterare, en undersköterska och avdelningschef registrerade i befolkningsregistret (master) fast läkarkontakt, stämde också av så att det stod rätt i Cambio Cosmic. I samband med detta såg vi också över vem som hade träffat patienten mest för att bibehålla kontinuitet och trygghet. Annars skulle fördelningen enbart ha skett utifrån datum på patienten. Utifrån födelsedatum 1–31 så fördelas detta på 4 läkare. 2 ST läkare och 2 specialister i allmänmedicin.

Resultat och diskussion

Mätning och statistik

Innan kvalitetsarbetet (Mars 2023): hade 0 % av antalet listade patienter på vårdcentralen en fast läkarkontakt enligt verktyget Regionkollen.

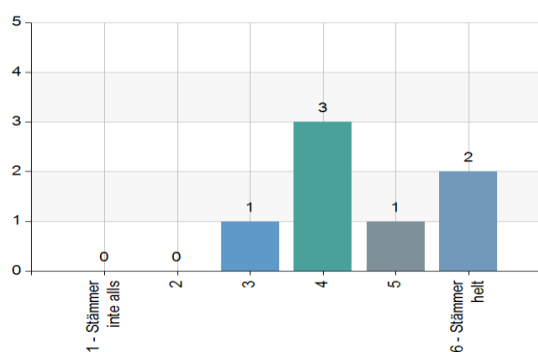
Efter kvalitetsarbetet

202311: 1809 enligt verktyget QlikSense

202311: 47,2% (231127, 55%) av antalet listade patienter på vårdcentralen har fast läkarkontakt enligt verktyget Regionkollen.

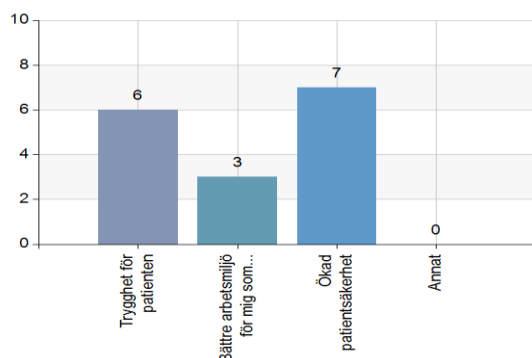
Enkätresultat, upplevd arbetsmiljö:

1. Har kvalitetsarbetet med fast läkarkontakt förändrat teamets arbetssätt?

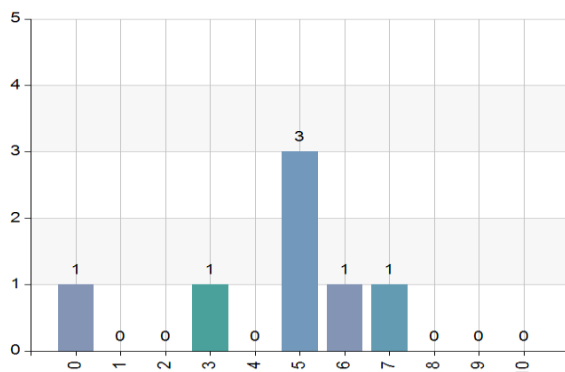


Kommentarer: Har försökt arbeta såhär tidigare. Bra att det nu blivit ett uttalat mål. Lättare att veta vilken läkare som ska ta hand om provsvar och i första hand bokas till, lättare att boka "rätt", bättre kontinuitet. Färre iblandade och rätt läkare får ärendet direkt. Vi har jobbat med fast läkarkontakt sedan jag började via datumfördelning.

2. Vad är viktigast med fast läkarkontakt?



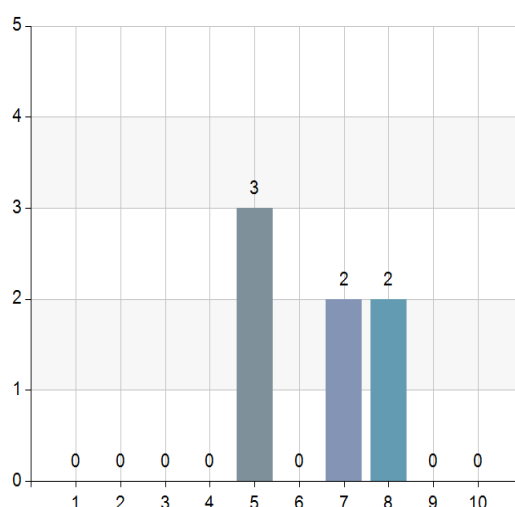
3. *Upplever du att arbetet med fast läkarkontakt har minskat vårdsökandet hos våra patienter som söker ofta?*



Kommentar: För kort tid att uttala sig, men tror absolut det är en ökad trygghet som leder till tryggare patienter och mindre vårdsökande. Inte direkt men har underlättat mycket i arbetet och kontakten med mångsökare, har ingen uppfattning, inte sett effekten än, Snarare så tror jag att en fast läkarkontakt ger ett enklare arbete i teamet kring patienten vilket ger en trygghet hos patienten och på sikt ett minskat sökbehov.

4. *Upplever du att arbetsmiljön för dig har förbättrats genom arbetet med fast läkarkontakt?*

Kommentar: Att känna sina patienter underlättar i stort sett allt under ett besök. För kort tid för att ge full effekt än. Lättare att boka och fördela. Förenklat, Enklare bokningar och kontinuitet. Vet vem jag ska vända mig till.



Diskussion

När halva tiden hade gått så upptäcker vi att de nya läkarna låg kvar på sin gamla arbetsplats, vilket gjorde att vi då la en beställning om omregistrering till den nya arbetsenheten vårdcentralen Lagan. Detta resulterade i att vi tyvärr tappade några hundra fasta läkarkontakter och vi fick delvis börja om från början och registrera om. Detta har förmodligen resulterat i att vi nu har något färre registrerade fasta läkarkontakter än vad vi hade haft om allt fungerat som tänkt. Det gick åt mycket extra tid till detta och vi har satt av "block" med tid för att enbart registrera. Under tidens gång vid exempelvis remissgenomgång, rond eller liknanden har vi också kunnat lägga till fast läkarkontakt och en bieffekt i detta arbete är att vi också har börjat skriva fler patientkontrakt i och med ett ökat teamarbete mellan våra olika professioner och patient/anhörig. Vi ser att kontaktvägarna blir kortare och att vi gör mer rätt från början vilket är positivt för både arbetsmiljön, patienten samt ger oss möjligheterna att arbeta med en kostnadseffektiv vård.

Vi kommer att fortsätta registrera och sikta på vårt långsiktiga mål. Detta tror vi på sikt kommer ge positiva effekter för både arbetsmiljön, ökat teamarbete samt trygghet och kontinuitet för våra patienter.

9 Uppresningar från stol som utvärdering av träningsprogram

Vårdcentral	Lammhult
Projektbeskrivning	
Hela personalgruppen kommer att titta på presentationen av forskningsprojektet Riskfaktorer för död hos 1247 kvinnor 70 till 100-år i studie för att förebygga höftfrakturer i Kronobergs och Kalmar län 2002 – 2022 i lärande syfte. På distriktssköterskornas specialistmottagning kommer vi att identifiera personer som har oförmåga att resa sig från stol 5 gånger utan att använda armarna.	
Bakgrund	
Vi blev intresserade av ett forskningsprojekt Pre-Nobel 2022. Riskfaktorer för död hos 1247 kvinnor 70 till 100-år i studie för att förebygga höftfrakturer i Kronobergs och Kalmar län 2002 - 2022. Kan vi stärka personernas fysiska förmåga med hjälp av träningsprogram att klara 5 uppresningar utan att använda armarna?	
Syftet	
Stärka individens fysiska hälsa.	
Målet	
Att uttaga personer efter genomgången träningsprogram kan klara 5 uppresningar från stol utan att använda armarna.	
Metod	
Vi kommer att identifiera 7 patienter i åldern 65–100 år som har oförmåga att resa sig fem gånger från stol utan att använda armarna. Fysioterapeut kommer att lägga upp ett relevant träningsprogram som en distriktssköterska kommer att introducera för personerna som är identifierade för studien. Träningen kommer vara individuell samt en gemensam gruppträning tillsammans med distriktssköterska och fysioterapeut. Med start maj/juni. Sen tre gemensamma uppföljningar under hösten.	
Projektredovisning	
Vi fick ihop tre personer som var mellan 65–100 år som hade oförmåga att resa sig fem gånger från stol utan använda armarna till hjälp. Deltagarna var 3 kvinnor mellan 77–91 år. Projektet började med att deltagarna fick ett besök med en distriktssköterska som gav information om projektet syfte och de fick testa deras förmåga att resa sig från stolen utan att använda händerna. Det var 2 personer som inte klarade någon och en person som klarade 4 vid första besöket. Vid besöket så gick distriktssköterskan igenom tekniken vid uppresning från stol samt övningar från ett utarbetat enkelt träningsprogram introducerades. Under besöket lämnades även information muntligt om fallförebyggande åtgärder, vikten av fysisk aktivitet hos äldre samt näringsintagets betydelse. Skriftlig information förutom	

träningsprogrammet lämnades ut broschyrerna "Gå bra" och "Balansera mera". Visade sig att 2 av deltagarna fallit de 2 senaste månaderna.

Distriktssköterskan ringde 1 gång under projektets gång för att följa upp så de hade förstått och höra efter hur det fungerade med träningsprogrammet. Vid mittenuppföljningen hade deltagarna haft vissa positiva effekter av träningen. De var nöjda men berättade att det inte gjorde träningsprogrammet mer än någon dag i veckan ibland. De flesta gjorde det 3 dagar/veckan. Distriktssköterskan uppmuntrade de till att göra träningsprogrammet dagligen.

Vid uppföljande besöket 2 månader efter första besöket visade det sig att alla deltagare hade förbättrat sina antal uppresningar. En av deltagarna klarade av 10 uppresningar, en person klarade precis 5, en deltagare klarade 3. Visade sig att ingen fallit under dessa månaderna.

Deltagarna beskrev på avslutande uppföljningsbesöket att de upplevde en förbättrade balans samt enklare att ta sig upp från sittande vilket förenklade deras förmåga att förflytta sig i vardagen.

Det som framkom var att nyckeln till att klara en uppresning var att lära sig tekniken, framförallt att våga luta sig framåt. Deltagarna använder nu benmusklerna för att ställa sig upp vilket har flera fördelar. Till exempel hade en av deltagarna ont i axlarna men när hon börjat resa sig utan att ta hjälp av armarna har smärtan i axlarna minskat.

Projektet visar att det aldrig är försent att börja träna och förbättra sin fysiska förmåga. Ökad fysisk förmåga hos äldre minskar fallrisk och förbättrar måendet vilket resultatet av projektet visade trots litet deltagarantal.

Bifogar Träningsprogrammet i bifogat dokument

10 Scenarioträning akuta situationer på vårdcentral.

Vårdcentral	Lessebo
Projektbeskrivning	
Scenarioträning akuta situationer på vårdcentral. Bakgrund Det finns en osäkerhet och otrygghet bland medarbetarna att hantera akuta situationer. Bidragande orsaker är att de inträffar relativt sällan och att det inte finns någon regelbunden träning på detta. Syfte Syftet med kvalitetsarbetet är att skapa vana och trygghet att hantera akuta situationer. Inlärningsmålen vid scenarioträningstillfällena är handläggning enligt ABCDE, rollfördelning och kommunikation enligt closed loop. Upplägg Samtliga medarbetare på vårdcentralen kommer att involveras i scenarioträning som kommer att hållas löpande under året. Inför varje tillfälle hålls en kort teoretisk genomgång som berör inlärningsmålen. Därefter får gruppen ett fall att lösa. KTC har bidragit med färdiga fall gällande kramper, hypovolemi och lungödem. Respektive yrkesroll kommer att träna i sin egen roll. Administrativ personal kommer att ha en observatörsroll och ge återkoppling. Fokus kommer primärt att ligga på ovanstående inlärningsmål och i andra hand den medicinska handläggningen. Utvärdering Innan start får medarbetarna göra en självskattning (se bifogad fil). Ny självskattning kommer att göras mot slutet av projektet för jämförelse.	
Projektredovisning	
Tillvägagångssätt: Personalen delades upp i grupper om 6–8 personer med jämn fördelning mellan yrkesgrupper. Totalt hölls fyra utbildningstillfällen under perioden. Utifrån inlärningsmålen utformades en föreläsning (ca15 min) med fokus på handläggning enligt ABCDE, rollfördelning och kommunikation enligt closed-loop. Efter föreläsningen fick gruppen öva ett akutszenario med markör i hemmamiljön på vårdcentralen (ca15min) vilket följdes av en gruppreflektion (ca 15min). Varje individ utförde en självskattning inför övningarna och en utvärderande självskattning i september/oktober. Utfall: Totalt deltog 27 personer i övningarna vilket utgör större delen av personalstyrkan inklusive administrativ personal. I samtliga yrkesgrupper och målområden sågs en högre självskattning efter genomförda övningar.	

På frågan *"Hur väl förberedd känner du dig på att hantera en akut sjuk patient på vårdcentralen?"* ökade medelvärdet från 6,1 till 7,9 (1=inte alls, 10=helt och hållet) för samtliga.

På frågan *"Hur bekväm är du att arbeta enligt konceptet ABCDE?"* ökade medelvärdet från 5,1 till 7,0 för samtliga.

På frågan *"Hur bekväm är du att kommunicera enligt Closed Loop?"* ökade medelvärdet från 3,1 till 7,7 för samtliga.

På frågan *"Hur väl känner du till vilka arbetsuppgifter som hör till din roll i akuta situationer?"* ökade medelvärdet från 7,0 till 8,5 för samtliga.

För resultat uppdelat per profession, se diagram.

Under övningarna identifierades fler förbättringsområden. Bland annat behovet av en snabb patientnära glukosmätare och rutinen kring akutjournalen.

Då scenarioträningarna gett gott resultat och varit uppskattade av medarbetarna kommer dessa att fortsätta regelbundet med nya fall.

11 Sammanställning klimakteriemottagning i primärvård

Vårdcentral	Läkarhuset i Ljungby
Projektbeskrivning	
Uppstart av klimakteriemottagning på sjuksköterskenivå för kvinnor i Ljungbyområdet som upplever en sänkt livskvalitet i samband med klimakteriet. Genomförande: Bokning endast via telefonrådgivningen för att personer i rätt kriterier ska bokas. Exkluderade är: kvinnor med oregelbunden mens och blödningsvolymer under 45 år. Kvinnor över 65 år med hormonbehandling. Postmenstruerande kvinnor med nya blödningar. <u>Klimakteriemottagningen:</u> Patienten svarar på frågeformulär MRS (se bilaga 1) inför samtal med sjuksköterskan. Symtom som patienten klassar som inga till måttliga hanteras under samtalet med rådgivning angående kost, motion, sömn, stress och användning av receptfria läkemedel. Symtom klassade som svåra eller mycket svåra remitteras efter inledande samtal intern till vårdcentralens övriga resursereventuellt externa remisser. Klimakteriemottagningen sjuksköterska håller ihop planeringen genom uppföljning av insatta åtgärder samt regelbunden kontakt med gynekolog för konsultation. Uppföljning: Frågeformuläret MRS och tillagd frågan (bilaga 2) angående om kvinnorna önskar hjälp på primärvårdsnivå används för att få svar på: • Hur många och stor andel har inga till måttliga besvär? • Hur många och stor andel har svåra eller mycket svåra besvär samt hur många av dessa remitteras externt? • Hur många och hur stor andel svarar ja respektive nej angående önskan om hjälp på primärvårdsnivå i Ljungby? Sammanställningen förväntas svara om vårdcentralen har de resurser som krävs för denna patientgrupp och om önskan är att få hjälpen på primärvårdsnivå i Ljungby. Bilaga 2 Sen tidigare finns i Växjö en privat klimakteriemottagning ”Linnean” dit alla kvinnor i Kronoberg kan vända sig. På Läkarhuset jobbar numera en sjuksköterska som arbetat med klimakteriefrågor på gynekologiska mottagning i Ljungby i många år. Hon har där fått till sig att det finns en efterfrågan i Ljungby om en klimakteriemottagning. Önskar du få hjälp med dina klimakteriebesvär på din vårdcentral Läkarhuset Ljungby? Kryssa över det svarsalternativ du önskar: JA NEJ	

Projektrevisning

Sammanställning: Under perioden 1/4 till 1/10 genomfördes 55 besök av kvinnor som uppföljde kriterierna för kvalitetsarbetet. De bokades direkt från teleQ till en timmes besök på Klimakterier- mottagningen. Kvinnorna ombads att komma 15 minuter tidigare för att fylla i frågeformuläret MRS (se bilaga 1) som gavs vid anmälan i kassan.

Alla enkäter var tolkningsbara gällande klimakteriesymptomens svårhetsgrad. Bedömningen var fördelat över inga, lindriga, måttliga, svåra och mycket svåra symtom. De flesta svaren hade en tydlig riktning åt ettdera hållet men sex enkäter var svårtolkade. Metoden som där användes var att räkna antalet symtom som klassades som inga och lindriga, kontra svåra och mycket svåra. Den klassningen som var övervägande räknades svårighetsgraden till. Ett frågeformulär hade internt bortfall med två frågor, båda dessa frågor handlade om förmågan till att genomföra sexuella aktiviteter. Formuläret tolkades efter de svar som fanns eftersom tolkningen var att personen inte hade sex

Resultatet: 30 kvinnor skattade sina symtom från inga till måttliga. 25 kvinnor skattade sina symtom som svåra till mycket svåra.

Uppföljning: Extern remittering: En kvinna med svåra till mycket svåra besvär som redan var aktuell på gynmottagningen fick fortsätta sin uppföljning där. En kvinna med samma svårhetsgrad av sina symtom kom via företagshälsovården och återremitterades dit.

Övrig uppföljning: Åtta fick läkartid på Läkarhuset av dessa uppgav fem kvinnor svåra till mycket svåra symtom. En med lindriga till medelsvåra symtom fick tid till psykolog. Det var 16 av kvinnorna som fick återbesök eller telefonuppföljning hos sjuksköterskan på klimakterier-mottagning. Nio av dessa hade rekommenderats lokalt östrogen. I denna gruppen var symtomgraden blandad.

På frågan om personen tyckte det var bra att få komma till primärvården med sina symtom (se bilaga 2) hade 50 svarat JA och 5 inte svarat alls. Denna fråga stod ensam på blad nummer två vilket kan ha bidraget till bortfallet.

Sammanställningen visar att primärvården är rätt plats för denna patientgrupp och att det sammanfaller med kvinnornas egna önskemål om vård. Klimakteriesköterskans upplevelse efter dessa möten är att kvinnorna har ett stort behov av att få berätta/ diskutera sina problem och bli trodda/ bekräftade i sina symtom.

Fortsättning efter projekttiden:

Kvinnor bokas efter samma kriterier och frågeformuläret MRS ifylles innan deras 60 minuters besök. Uppföljningen på klimakteriemottagningen har utökats från återbesök 30 minuter/ telefontid 15 minuter till att även kunna erbjuda gruppverksamhet. Den är två tillfällen med en veckas mellanrum på 60 minuter.

En gynekolog är anställd från november på viss procent för att konsultera klimakterier-mottagningen.

12 Kartläggning och minskning av polyfarmaci på SÄBO

Vårdcentral	Markaryd
Projektbeskrivning	
Kartläggning och minskning av Polyfarmaci på SÄBO Enligt Socialstyrelsens rapport om Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre från 2017 har förskrivningen av läkemedel till personer som är 75 år och äldre ökat med cirka 60 procent de senaste 25 åren. Ökningen är särskilt påtaglig hos dem som bor i särskilda boendeformer, där de äldre idag är ordinerade i genomsnitt 7–12 preparat per person. Det kan misstänkas att situationen inte har förbättrats särskild sedan dess. Vi ser ett liknande problem på våra särskilda boende i Markaryds kommun. Vi bedömer att en anledning till polyfarmaci hos våra mest sjuka äldre beror delvis på en brist på strukturerad uppföljning och omprövning av läkemedelsbehandling. Vi misstänker att läkemedel sätts in vid akuta försämringar eller tillfälliga förändringar av pat. mående och förblir sedan på läkemedelslistan. Det finns en brist på strukturerade årskontrollen. Den regelbundna kontakten men kommunsköterskorna skapar en falsk trygghet. En kritisk omprövning av insatta läkemedel uteblir alltför ofta. Det försvårar att verktyget Medrave inte kan användas för utvärdering av patienter som står på dosrullar. Tidsplanen: Under våren 2023 kommer vi samla in statistik angående ett av våra SÄBO (Utsikten) för att sedan planera för regelrätta årskontroller inkl. läkemedelsgenomgångar under hösten 2023 och våren 2024. Vi kommer även att se över våra rutiner kring ”nyinflyttade” patienter så att en prövning och planering för årliga kontroller sker redan från början. Statistik kommer att föras om hur många läkemedel som har satts ut hos patienterna på äldreboendet under 2023. Målet är att minska polyfarmaci hos våra äldre och skapar fungerande strukturer och rutiner för att förebygga övermedicinering av våra mest sköra patienter.	
Projektredovisning	
Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall (min 200, max 400 ord) Beläggningslista tas fram över inskrivna patienter på särskilt boende Utsikten i Markaryd, utifrån denna exkluderas patienter som ej är listade på Markaryds eller Strömsnäsbruks vårdcentral. Därefter skrivs aktuella läkemedelslistor ut (230421–230427), där samtliga förutom 1 patient har Pascal. Detta resulterar i 24 patienter. Under året uppmanas sjuksköterskor på ronderna ta upp patienter som inte haft något läkarbesök på senaste året och besök inplaneras, likaså då det av andra orsaker framkommer behov av läkarbesök. Sjuksköterskorna uppmanas också att informera ansvarig läkare när nya patienten kommer till boendet, i dessa fall granskar läkaren journalen och bokar in inskrivningssamtal under kommande rond. Under läkarbesöken går läkemedelslistan igenom, beslut om eventuella behandlingsbegränsningar tas, provtagning och kontroller planeras.	

Detta resulterar i att 16 av patienterna som är inkluderade får ett läkarbesök under observationstiden, alla dock ej utförda av ansvarig läkare för boendet och 14 av dessa genomgår en enkel läkemedelsgenomgång.

Utöver detta har 5 av de inkluderade patienterna fördjupad läkemedelsgenomgång av apotekare tillsammans med ansvarig läkare och sjuksköterska.

Under observationstiden avlider 5 patienter, varför det kvarstår 19 patienter som inkluderas.

231127 skrivs nya läkemedelslistor ut där man ser en tydlig minskning av antalet stående läkemedel hos de patienter som haft läkemedelsgenomgång, där är minskningen 20 läkemedel i hela gruppen. Hos de som inte gjort läkemedelsgenomgång ses istället en ökning av 3 läkemedel på gruppnivå.

Den största förändringen ses i gruppen som haft läkemedelsgenomgång tillsammans med apotekare, där minskningen är mest uttalad.

Det var ingen större förändring mellan grupperna som haft eller inte haft läkemedelsgenomgång, avseende läkemedel som tas vid behov, där man ser en ökning med 4 respektive 3 läkemedel.

Sammanfattningsvis ses ett positivt resultat gällande antal läkemedel på gruppnivå efter läkemedelsgenomgång, varför det är viktigt att arbetet fortsätter med strukturerade årliga kontroller samt inskrivningsbesök med nya patienter.

Rutin gällande inskrivningsbesök planeras att tas fram för att standardisera förloppet och underlätta för såväl sjuksköterskor på boendet samt inskrivande läkare.

En rutin avseende årliga läkarkontroller behöver tas fram för att förhindra att patienter kvarstår på olämpliga behandlingar samt övermedicinering av våra mest sköra patienter.

Denna rutin bör också innefatta patienter inskrivna i hemsjukvården men boendes i hemmet.

13 Digital träning för diabetespatienter

Vårdcentral	Ljungby Vårdcentral, Praktikertjänst
Projektbeskrivning	
Vi på Ljungby Vårdcentral erbjuder våra patienter medicinsk träning som vi ordinerar via träningsappen Vitala Health. Vi vill undersöka om patienter med typ-II diabetes är en patientkategori som kan utnyttja appen med syfte att öka sin fysiska aktivitetsnivå över tid. Vilket är dokumenterat en viktig faktor i behandlingen av diabetes typ II. Vitala health är en digital träningsapp. Den är klassad som ett medicintekniskt hjälpmedel och används i syfte att erbjuda en proaktiv, god och nära vård till patienten. Tillvägagångssätt: Vi begränsar projektet till att undersöka patienter med nyupptäckt diabetes typ II i första hand. Patienterna tillfrågas vid inskrivning av diabetessköterska om medverkan i projektet. Man kartlägger nuvarande fysiska aktivitetsnivå. Patienter som väljer att tacka ja kommer därefter att erbjudas kostnadsfri medicinsk träning via digitala appen Vitala Health. Märker vi att det blir få patienter att inkludera i projektet kan vi även inkludera diabetes typ II vid årskontroller som även de kommer att erbjudas träning via appen. Vitala health ger vårdgivaren möjlighet att ordinera och monitorera medicinsk träning. Patienterna installerar appen i sin telefon, godkänner den medicinska träning de blir ordinerade. De startar sedan appen när det är dags för träning och träningsprogrammet visas direkt i appen med ljud och film. Utvärdering: Träningsfrekvens antal pass/vecka samt antal minuter/vecka (monitoreras direkt i webbapplikationen som vi vårdgivare har tillgång till) Hba1c mäts vid inskrivning samt efter 3 månader.	
Projektredovisning	
Under våren utbildades fyra diabetessköterskor vid två tillfällen i digital träning och att ordinera träning via den digitala träningsappen Vitala Health. Vitala health är en digital träningsapp. Den är klassad som ett medicintekniskt hjälpmedel och används i syfte att erbjuda en proaktiv, god och nära vård till patienten. Vitala health används med syfte att på ett enkelt sett både kunna ordinera, monitorera och följa upp patientens tränings/aktivitetsnivå. Både i form av styrketräning och hemprogram men även genom att monitorera fysisk aktivitet som promenad eller cykling. Vitala har använts för alla typer av patienter på vårdcentralen och kan ordinerars oavsett yrkeskategori. I projektet valde vi att titta närmare på diabetespatienterna. Vi inkluderade både nyinsjuknade och patienter som kom för årskontroll för diabetes typ II. Samtliga patienter som träffat diabetessköterska under perioden 20230501 – 20230930 Har introducerats och givits möjlighet att gratis träna och dokumentera sin aktivitetsnivå med hjälp av Vitala health.	

15 patienter har inkluderats och testat träningsappen. Förutom introduktionstillfället har diabetessköterskan varit behjälplig för frågor. Dessutom har telefonuppföljning bokats in efter 1 månad.

Parametrarna vi tittat på har varit fysisk aktivitetsnivå h/vecka samt HBA1C.

Vad som är tydligt för oss är att ingen av de patienterna som inkluderats i projektet har lyckats höja sin aktivitetsnivå med hjälp av Vitala Health. Då bör man ha i åtanke att de själva har tackat ja och i alla fall initialt haft en motivation att vilja förändra sina vanor.

De patienter som inte använt appen och inte lyckats höja sin aktivitetsnivå från tidigare har inte tagits in för extra mätning av HBA1C.

Det blev ett projekt som tog en del resurs i anspråk, men som visade att det inte alls haft det utfall man hoppats på. Vitala health säljs in som ett enkelt sätt att ordinera fysisk aktivitet och träning och ska kunna användas utan förkunskap om specifik träning av läkare, sköterskor mm.

Vad projektet visat oss tydligt är att det många gånger inte är så enkelt som det låter. Just livsstilsförändringar är något som kräver större motivation hos patienten och individbaserad stöttning.

Vi har valt att avsluta samarbetet med Vitala Health eftersom det inte fungerat för oss i nuvarande form för primärvårdsarbete, vilket projektet har tydliggjort för oss.

14 Vårdcentralens Söders diabetesblogg med livsstilsutmaningar!

Vårdcentral	Vårdcentralen Söder
Projektbeskrivning	
Ökat fokus på livsstilsförändringar och särskilt viktnedgång hos patienter med typ-2 diabetes lyftes på kongresserna ADA och EASD 2022. Enligt socialstyrelsen (2018) är den grundläggande behandlingen i diabetesvården hälsofrämjande levnadsvanor. För att uppnå goda resultat, behöver patienten ha kunskap om sin sjukdom och ta eget ansvar. Digitalisering är ett prioriterat område i Region Kronoberg. Med dessa faktorer i åtanke fokuserar vi vårt projektarbete på att nå livsstilsförändringar hos diabetespatienter, genom en digital kanal. MÅL: Genom digital kanal inspirera till livsstilsförändringar som främjar viktnedgång och sänkt HbA1c, hos patienter med typ-2 diabetes. Effektivisera arbetet med livsstilsrådgivning, genom att nå ut till fler patienter samtidigt. Öka fysisk aktivitet och förbättra kostvanor hos deltagarna och motivera till eget ansvar för hälsosamma levnadsvanor. Metod: Vi bjuder in 20–30 patienter att delta i projektet. Dessa kommer få lämna HbA1c, vikt och ett formulär om levnadsvanor före projektstart. De kommer under 8 veckor få ta del av utskick från diabetessköterskorna innehållande kost- och motionsutmaningar, inspiration och pepp. Utskick kommer göras via en blogg 2–3 gånger i veckan. Utmaningarna kommer variera veckovis och kommer t.ex. vara: promenadutmaning, muskelutmaning samt olika kostutmaningar. Efter 8 veckor får deltagarna lämna nytt HbA1c, vikt samt kortare uppföljningsformulär. Detta kommer redovisas kvantitativt.	
Projektredovisning	
Efter information om projektet tackade 25 patienter med diabetes typ 2, ja till att delta i bloggprojektet. Efter att de lämnat prover, vikt samt fyllt i vår hälsoenkät fick de en länk till bloggen. Bloggens första utmaning startade måndagen den 10 april och fokuserade på att komma igång med regelbunden fysisk aktivitet. Därefter uppdaterades bloggen med ytterligare två inlägg under veckan med inspiration, information, receptförslag och förslag på podcasts med tema på veckans utmaning. Under nästkommande sju måndagar kom nya inlägg med nya utmaningar som efterföljdes av ytterligare två inlägg senare i veckan. Utmaningarna som patienterna ställdes inför var följande: • Komma igång med dagliga promenader. • Fyll halva tallriken med grönsaker. • Lägg till två träningspass per vecka á 20 minuter. • Lägg till nyttiga mellanmål.	

- Öka intensiteten på promenaderna.
- Uteslut socker i livsmedel helt under en vecka
- Lär dig mer om diabetes. Läs på fakta.
- Reflektera över veckorna och din egna insats. Hur jobbar du vidare?

Efter bloggans avslut lämnade deltagarna på nytt prov på hba1c, vikt samt fyllde i hälsoenkäten.

Utfall:

Av de 25 deltagare som påbörjade projektet fullföljde 13 stycken. Bortfallet berodde på teknisk okunnighet, sjukdom och låg motivation till eget ansvar. De deltagare som fullföljde upplevde projektet i stort som positivt. Några av de kommentarer som vi fick i vår slutenkät var följande:

”Min upplevelse har varit positiv eftersom jag numer aktivt tänker till om hur mina måltider ska se ut och fördelas. Jag har också fått rutin på att röra mig varje dag”.

”Var pepp på att vara med och började med många och långa promenader. Lyssnade på nästan hela diabetespodden. Har ätit mer grönsaker och såg fram emot att alla skulle skriva i bloggen och heja på varandra, men där hade jag fel och det tycker jag va synd. Har fått många kloka tankar under dessa veckor.”

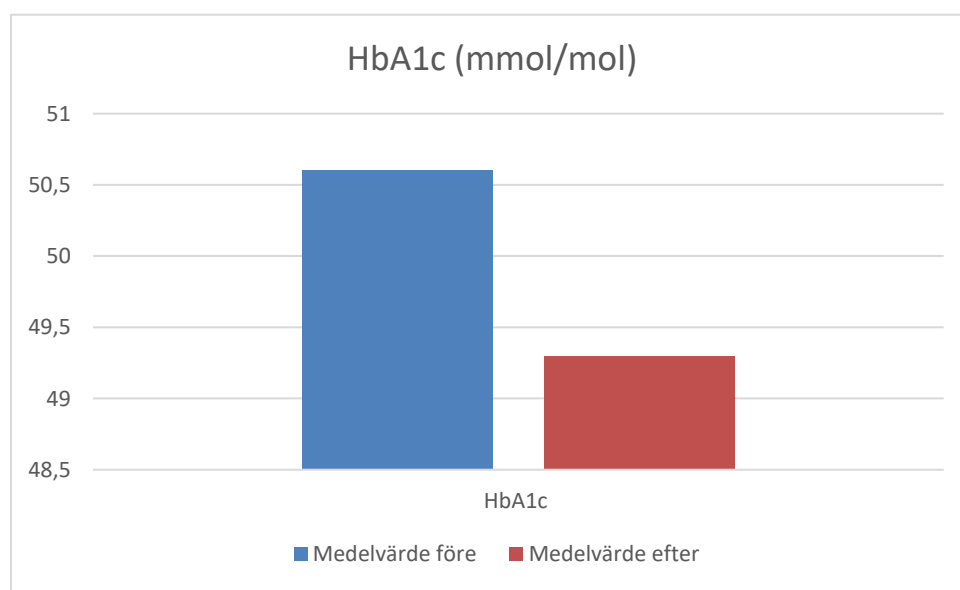
”Man har blivit inspirerad av att ut och gå. Man ser resultat. Mellanmålen gillade jag.”

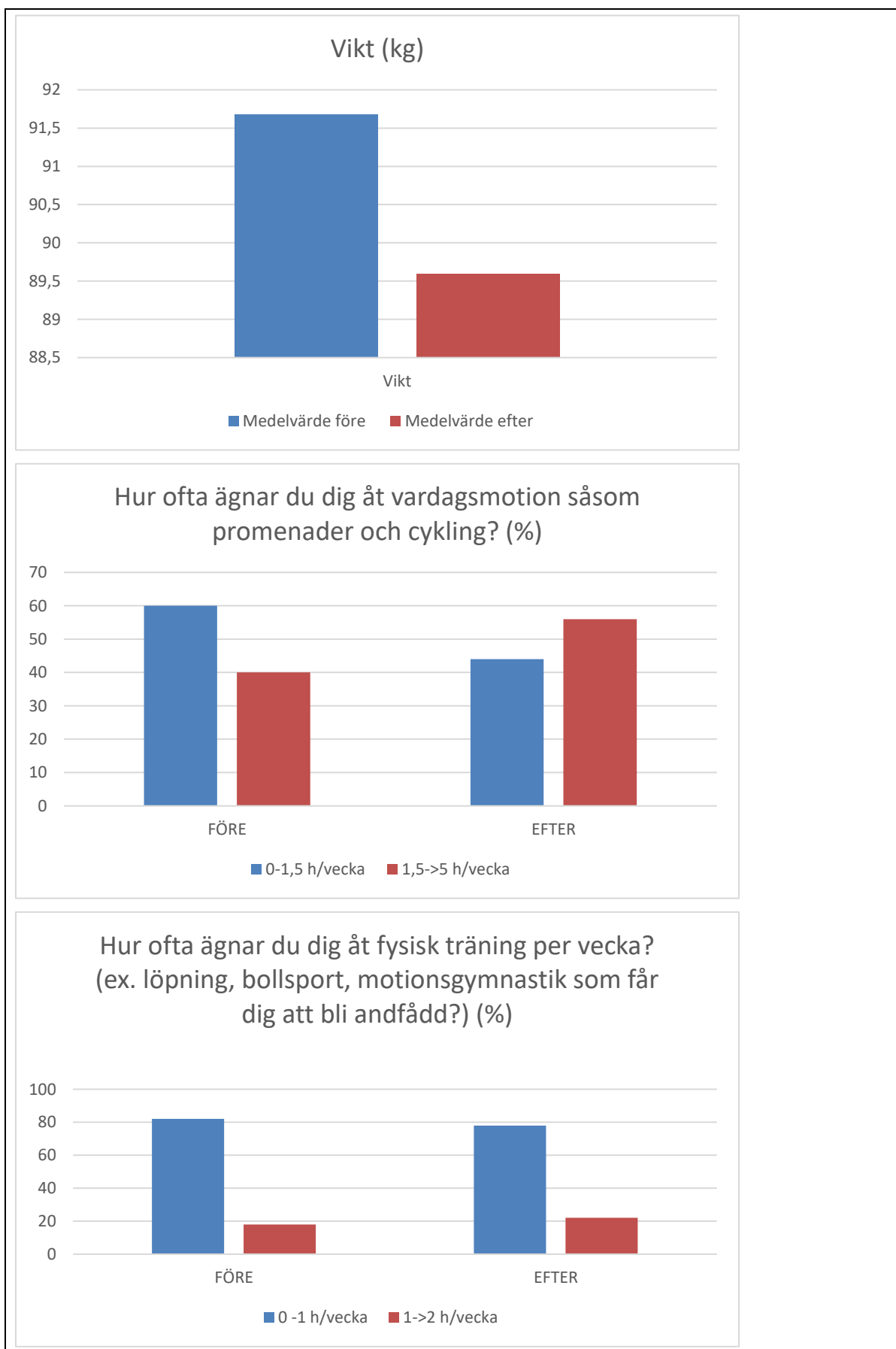
”Alla saker är ju intressanta. Kanske lite många förändringar på kort tid för mig.”

Slutsats:

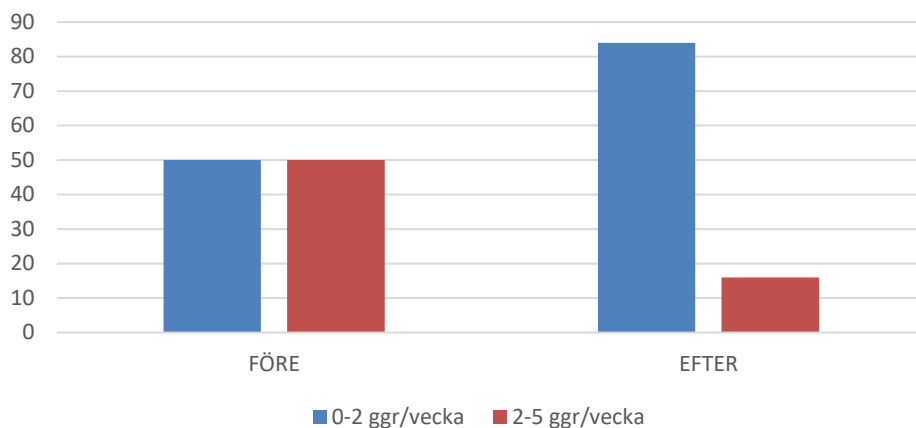
Bortfallet i detta projekt var 48 procent, vilket skulle kunna visa på svårigheterna med att genomföra livsstilsförändringar.

Projektet visade blygsamma men positiva resultat vad gäller HbA1c och vikt. Vardagsmotionen ökade medan den fysiska träningen endast ökade marginellt. Intag av sötsaker minskade drastiskt. Intaget av grönsaker ökade. Antalet mellanmål ökade marginellt. 83 procent uppger att projektet lett till förbättrade livsstilsval.

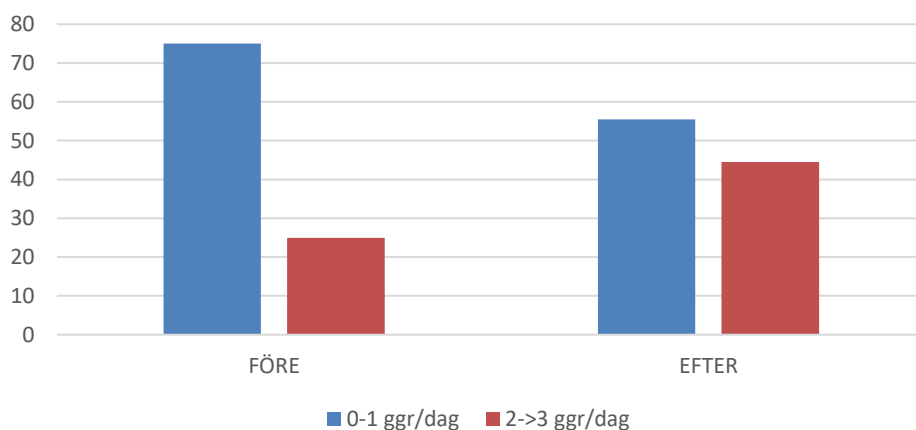




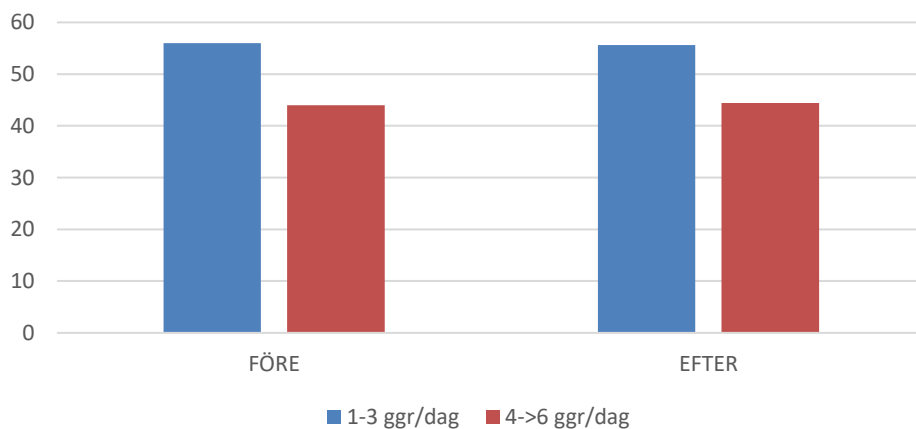
Hur ofta äter du sötsaker (godis, kakor, bullar, läsk/soft med socker) per vecka? (%)



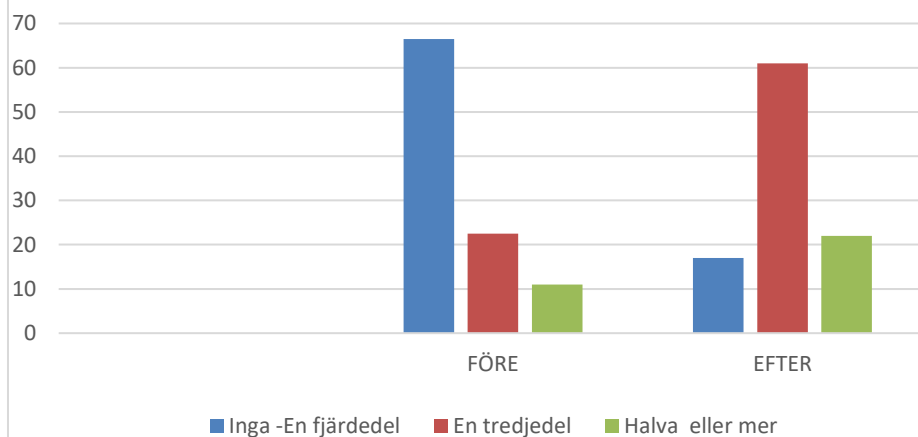
Hur ofta äter du grönsaker och baljväxter (frysta/färska) per dag? (%)



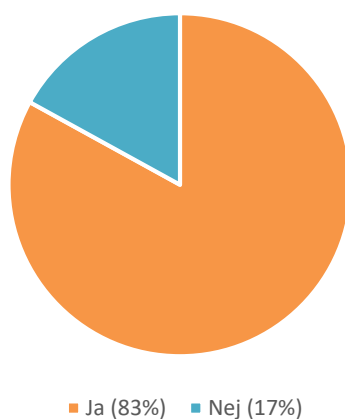
Hur många mål (huvudmål, mellanmål) om dagen äter du? (%)



Hur stor del av tallriken brukar bestå av grönsaker vid dina huvudmål? (%)



Har dessa utmaningar lett till att du förbättrat dina livstilsval något?



15 Utvärdering av stresshanteringskurs

Vårdcentral	Rottne
Projektbeskrivning	
Region Kronoberg genomför just nu en satsning på hälsosamtal för 50-åringar i Kronobergs län. I dessa identifieras riskfaktorer för ohälsa vilket kan resultera i patienter som identifierar problem med stress/oro/sömnproblem. För att kunna möta en ny patientgrupp på ett resurseffektivt sätt i ett tidigt stadium erbjuder VC Rottne en stresshanteringsgrupp med syfte att i ett tidigt stadi ge verktyg till förändrat beteende för att undvika framtida besvär. I projektet identifierar ansvarig sjuksköterska för hälsosamtalen lämpliga patienter för gruppbehandling. De tillfrågas och bokas in på gruppbehandling där de träffar ett tvärprofessionellt team bestående av sjuksköterska, psykosocial resurs och arbetsterapeut. I detta projekt erbjuds en serie om fyra träffar för patienter med stressproblematik som tex kan visa sig som oro och/eller sömnproblem. Träffarna är uppdelade i följande tema: 1 Vilja till förändring. Vad händer i kroppen vid stress? Hur kan vi använda oss av andetaget? 2. Struktur i vardagen. Uppföljning av innehållet vid första tillfället. 3. Medicinsk yoga 4.Vad tar jag med mig till min vardag? Utvärdering. Utvärdering genom skattningsfrågor inför första träffen och efter sista, samt skriftlig enkät med och öppna frågor efter sista träffen.	
Projektredovisning	
Flera personer identifierades som lämpliga kandidater till gruppen och erbjöds att delta. De flesta valdes ut i samband med hälsosamtalen för 50-åringar som införts på vårdcentralen under året. Åtta personer tackade ja men enbart tre dök upp till första tillfället och det tillkom inte fler efter första tillfället. En orsak till att personerna senare inte dök upp kan ha en möjlig orsak i att Rottne är en relativt liten ort och vi hade begränsat deltagarna till att vara i 50-års åldern då de i första hand identifierats vid hälsosamtalen. Detta kan ha inneburit en rädsla för att övriga deltagare kunde vara någon i bekantskapskretsens, det var dock inget vi frågade om i utvärderingen då det bara var de deltagare som genomför krusen som svarade på den. De som deltog var mycket nöjda med upplägg och innehåll och de upplevde att de fått verktyg för att hantera sin vardag. En hade även påbörjat individuella samtal. Förbättringsarbetet genomfördes med stort engagemang av två sjuksköterskor, en arbetsterapeut och en psykosocial resurs, de höll i olika delar beroende på sin profession och kunskap inom de olika delar som kursen var uppbyggd kring. Utvärderingen visade att kursen givit bra verktyg till förändring av vardagen. Inslaget med MediYoga var mycket uppskattat. Det finns planer på att fortsätta med gruppen men då mot en bredare målgrupp åldersmässigt eller med en annan åldersgrupp, tex nyblivna pensionärer.	

16 Hälsosamtal i samband med sjukskrivning.

Vårdcentral	Ryd
Projektbeskrivning	
Patienter som varit sjukskrivna mer än 3 veckor eller som riskerar en längre sjukskrivning kommer rekommenderas hälsosamtal med sjuksköterska. Vid detta besök utforskas patientens olika levnadsvanor (stress, sömn, kost, fysisk aktivitet, alkohol, droger och tobak) för att identifiera och bevara det som fungerar bra samt identifiera områden där det finns behov av förändring. Läkare kommer informera patienter om hälsosamtal i samband med sjukskrivning. Sjuksköterska kommer även delta vid vårdcentralens rehabmöten för att kunna identifiera patienter som har behov av att erbjudas samtal. Under projekttiden kommer även patientinformation om hälsosamtalet tas fram som kan ges till patient. Uppföljning kommer ske genom att mäta följande parametrar: - Hur många hälsobesök har genomförts? - Hur många av hälsobesöken var återbesök? - Hur många FAR har skrivits under perioden 1 april – 31 oktober 2023 i jämförelse med samma period 2022? - Totala antalet sjukskrivna 31 mars 2023 respektive 31 oktober 2023 - Andel partiella sjukskrivningar 31 mars 2023 respektive 31 oktober 2023	
Projektredovisning	
SSK som arbetat med dessa samtal var tyvärr inte på plats i början av arbetet, det startades istället igång i mindre skala med att läkarna började informera patienter i riskzon till en längre sjukskrivning om möjlighet till hälsobesök. Efter patientens besök hos läkare skickades ett Messenger till ansvarig SSK för vidare kontakt. SSK tog kontakt med patient per telefon för att sedan boka in fysiskt möte när möjlighet fanns. Allt efterhand som SSK kom tillbaka i full tjänst, så ändrade läkarna sitt arbetssätt att inte bara informera utan även rekommendera hälsobesöken till sina patienter som en del av deras rehabilitering under sjukskrivning. SSK har sedan slutet av maj månad varit en del i rehabteamet, med följd att man idag upplever ett annat fokus på hälsofrämjande insatser i teamet, och det förs också mer diskussioner om partiell sjukskrivning istället för 100 % sjukskrivning. Under perioden har totalt 12 hälsobesök utförts, och av dessa var två återbesök. Ett återbesök till var inbokat men patienten uteblev. Antal FAR-recept som skrivits under perioden är fyra stycken Totalt antal sjukskrivna 31 mars: 77 Totalt antal partiella sjukskrivningar 31 mars: 25% - 1 50% - 11	

75% - 4

100 % - 61

Totalt antal sjukskrivna 31 oktober: 76

Totalt antal partiella sjukskrivningar 31 oktober:

25% - 5

50% - 14

75 % - 3

100% - 54

17 Kan vi öka antalet enkla läkemedelsgenomgångar?

Vårdcentral	Skärvet
Projektbeskrivning	
Enligt QlikView finns det 1218 patienter på Skärvet som är minst 75 år gamla och har minst 5 läkemedel. Av dessa har bara 79 (6,5 %) haft en enkel läkemedelsgenomgång senaste 12 mån. Vår målsättning är att bättra dessa siffror. För att öka medvetenheten hos läkarna och lära in en ny rutin går vårt projekt ut på att låta sekreterare varje morgon skriva ut läkemedelslistor för alla patienter över 75 år och med minst 5 läkemedel, och lägga dessa listor på respektive läkares skrivbord. På så vis blir det enkelt för läkaren att ta upp läkemedelsbehandlingen med patienten och även klottra ner eventuella ändringar med hjälp av penna. Med en fysisk lista blir det förhoppningsvis lättare för läkaren att komma ihåg att sedan fylla i "enkel läkemedelsgenomgång" i Cosmic. För de läkare som är osäkra på hur man gör rent tekniskt kommer det även ske en fortbildning lokalt på ett läkarmöte. Hypotesen är att det sker många genomgångar som inte dokumenteras på rätt sätt. Fördelen med att skriva ut listan på plats är att patienten inte glömmet den hemma. Nackdelen är att det kan bli svårare för patienten att komma ihåg korrekt. Projektet pågår i 6 mån och uppföljning kommer att ske i QlikView runt 2023-10-01.	
Projektredovisning	
Projektets förlopp Vid projektets start hade endast 6,5 % av berörda patienter på Skärvet (> 75 år, minst 5 läkemedel) haft en enkel läkemedelsgenomgång de senaste 12 månaderna. I projektet ökade vi medvetenheten om behovet i denna patientgrupp genom att sekreterare före läkarbesöket fick skriva ut läkemedelslistor på papper och lägga i läkarnas fack eller på deras skrivbord. Efterhand väcktes miljömedvetenheten hos sekreterarna, och de övergick istället till digitala notiser. Resultat Aktuell statistik från QlikView idag visar att 11 % av de aktuella patienterna har haft en enkel läkemedelsgenomgång de senaste 12 månaderna. Vid sidan om enkla läkemedelsgenomgångar ses att 21 % av de berörda patienterna har en godkänd administrering av läkemedel, vilket används inom slutenvården. Slutsatser Det är visserligen inga lysande siffror, men det är ändå en klar ökning jämfört med vid projektets början. Det går alltså att öka antalet läkemedelsgenomgångar genom att skriva ut listor, påminna på läkarmöten, och på andra sätt öka medvetenheten om dem. Den långsiktiga effekten låter sig dock inte studeras inom ramen för detta projekt. En fundering som dykt upp längs vägen är om godkända administreringar på sjukhus fungerar kontraproduktivt för enkla läkemedelsgenomgångar på vårdcentralen, eftersom även de förstnämnda resulterar i en liten "plupp" i läkemedelslistan och visar att en avstämning nyss ägt rum; kanske tycker läkarna då att en ny genomgång är överflödig.	

18 Strukturerat omhändertagande av receptförnyelse

Vårdcentral	Tingsryd
Projektbeskrivning	
Bakgrund: Idag kontakter patienten vårdcentralen för receptförnyelser via 1177 eller via TeleQ. Dessa receptförnyelser omhändertas idag av undersköterskor som bokar in receptförnyelsen till läkaren utan ytterligare fördjupning i ärendet. Vi har noterat att det bara bokas på i läkarnas tidböcker utifrån patientens önskemål om receptförnyelse. Flertal av receptförnyelser sker med täta intervaller, dubletter och onödiga akuta receptförnyelse utan en eftertanke. Det förekommer även att receptförnyelser bokas några dagar innan patienten ska besöka läkaren som bidrar till slöseri med läkartid. Syfte: Som ett i led i den Nära Vården ligger därför ansvarsfullt och kvalitativt omhändertagande av receptförnyelse i linje med patientsäkerheten. Strukturerat omhändertagande av receptförnyelse leder också till minskade receptärenden via 1177, TeleQ eller akuta förskrivningar. Framförallt leder det till förbättrat arbetsmiljö, kvalitén i förskrivningen och ökad tillgänglighet av läkartider. Ansvarig förskrivare utfärdar receptet. Metod: Sjuksköterska tar emot receptförnyelsen och systematiskt arbetar enligt lokal rutin och checklista "Receptförnyelse" 2023. Slutligen sker bokningen till ansvarig läkare/förskrivare. Ärendet kan innebära också att patienten bokas för eventuella kontroller utifrån specifika diagnosgrupper Mål: Ökad patientsäkerhet genom att det vid receptförnyelser sker en kvalitetsgranskning och översyn av läkemedelsbruket, samt möjlighet till bedömning, planering och uppföljning. På långsikt frigöra flera läkartider på vårdcentralen samt förbättra kontinuiteten av patientens vård och behandling. Mätbarhet: Hur många receptförnyelsen bokas av usk för receptförnyelse till läkaren 1 april - 1 maj-2023 Hur lång tid tar ett receptförnyelsen för läkaren 1 april-1 maj 2023 Hur många receptförnyelsen bokas till läkaren när ssk har hanterat receptärendet 1maj – 31 oktober Andel förskrivningar av recept 1 maj-31 oktober- 2023 jämförelse med 1 maj -31 oktober 2022	
Projektredovisning	
Mätbarhet: 2023-04-01—2023-05-01 april-1 maj, 300 recept bokade av undersköterskor. Tidsåtgången för läkarna är varierande för receptförnyelsen beroende på hur många recept ska utfärdas per patient, från 5-15 min. Extra tid har lagts ner av läkaren dagligen där patienten behövde kontaktas telefonledes eller via brev inför receptförnyelsen. Många överbokningar på receptförnyelse i tidboken som är 5 min/receptförnyelse.	

Mätbarhet:

2023-05-01--2023-10-15

Totalt har **2088** recept bokats in i läkarens tidböcker av ssk/dsk som är granskade enligt rutinen.

Enligt rapporten från 1177 har **1158** recept inkommit via 1177,

1333 recept via TeleQ enligt knappval.

Läkarnas märker stor skillnad när recepten är granskade i samband den nya rutinen innan recepten bokas på läkarna i tidboken.

Läkaren behöver inte längre kontakta patienten vid oklarheter innan recept ska utfärdas vilket har minskad arbetsbördan enormt.

Bokningsbara tider för receptförnyelsen 5 min/ receptförnyelse räcker gott och väl. Tom bokas inte alltid fullt.

Flera recept har omriktats till distriktssköterskan.

Flera patientfall där beroendeframkallande läkemedel har förskrivits utan att träffa läkare har sjuksköterskan erbjudit läkartid innan förskrivningen sker eller avslutas helt.

Sjuksköterskor har avsatt **1,5h**/dag för att arbeta med receptförnyelse. För att frigöra tiden för sjuksköterskor har undersköterskor tagit över patienten till undersköterskemottagningen.

Rutinen har även fått spridning till andra vårdcentralen i Region Kronoberg samt till hemsjukvården i Tingsryd kommun för att använda samma rutin inför receptförnyelse.

Rutinen har även medfört högre patientsäkerhet eftersom patienter bokas på labkontroll, blodtryckskontroll och EKG inför receptförnyelsen.

19 Utvärdering av återhämtningshjälpen

Vårdcentral	Växjöhälsan
Projektbeskrivning	
Hur gör vi för att öka vår tillgänglighet? Hur inspirerar och motiverar vi våra patienter? Hur når vi ut brett bland våra patienter? Hur ökar vi arbetsglädjen hos personalen ännu mer? Detta är frågor vi ställt oss och nu resulterat i en gruppverksamhet med fokus på återhämtning där vi vill ge verktyg till deltagarna att själva förstå och kunna påverka sitt mående i vardagen. Programmet består av tre olika aktiviteter som återkommer löpande varje vecka. Varannan vecka är träffen förlagt utomhus med fokus på fysisk aktivitet där deltagarna får tips och övningar för att komma igång med träning. Tillfällena där emellan består av en föreläsning om vikten av återhämtning och ett tillfälle med avslappning där övningar går igenom för att kunna fortsätta genomföras i hemmet. Deltagarna väljer själva om de vill vara med vid ett specifikt tillfälle eller komma regelbundet. Allt material och information är baserad på den senaste forskningen och gruppledarna har relevant utbildning. Vårt mål är att nå ut till en bred patientgrupp då stress i vardagen och brist på återhämtning är ett mycket vanligt problem. Vi ser också detta som en gruppbehandling och kan i och med det träffa fler patienter vid ett och samma tillfälle och då frigöra bokningsbara tider hos psykolog/kurator och eventuellt läkare. Efter sista tillfället kommer jämförelse göras gällande tredje tillgängliga tid hos psykolog och kurator för att se om tillgängligheten ökat undertiden gruppverksamheten pågått. Lika så kommer personalens upplevelse diskuteras vid ett vårdcentralsmöte där vi lyfter för och nackdelar. Genomsnittlig sammanställning kommer göras av hur många deltagare det varit vid respektive tillfälle. Alla personal på vårdcentralen är informerad och involverad i gruppverksamheten genom att fånga upp sina patienter vid ordinarie besök eller kontakt genom TeleQ. Här fångas alla typer av patienter upp då många orsaker till somatiska besvär kan relateras till stress. Teamet kring gruppverksamheten består av Hälso- och sjukvårdskurator, PTP-psykolog samt en undersköterska som är utbildad hälsoinspiratör. Även verksamhetschef och sekreterare finns med i planeringen och det administrativa jobbet.	
Projektredovisning	
Återhämtningshjälpen har under perioden etablerats som en självklar del av verksamheten och lyfts för diskussion med jämna mellanrum i personalgruppen. Medarbetarna som jobbat aktivt med gruppverksamheten har inledningsvis sammanställt material till Powerpoint underlag för de teoretiska träffarna samt gjort användarstöd till all personal där det tydligt beskrivs var/hur/när de olika träffarna genomförs, detta stöd finns vid varje skrivbordsplats. Vårdcentralens medarbetare har fått möjlighet att lyssna på föreläsningen för att få en riktig bild av innehållet och möjlighet att själv lära sig kring ämnet. Deltagarna har främst fångats upp via besök hos psykolog/kurator då man vid första kontakt, tex. TeleQ, bokat för samtalskontakt och därifrån fört diskussion kring vilken/vilka delar av gruppverksamheten som kan vara lämplig.	

Deltagandet för hela Årethämningshjälpen 2023:**Föreläsningen:**

- 31 unika patienter, vilket motsvarar 31 timmar individuell tid
- Tidsåtgång 12 timmar (förberedelser och genomförande)
- "Sparat" 19 timmar av personalens tid och även kunna utnyttja till patienter där individuell behandling fungerar bättre

Avslappning:

- 33 unika patienter, vilket motsvarar 33 timmar individuell tid
- Tidsåtgång 10 timmar (förberedelser och genomförande)
- "Sparat" 23 timmar av personalens tid och även kunna utnyttja till patienter där individuell behandling fungerar bättre

Fysisk aktivitet:

- 8 unika patienter där flera patienter återkom vilket motsvarade 21 vårdbesök = 21 individuella timmar
- Tidsåtgång 20 timmar då vi pga. genomförande ute i naturen behöver vara 2 personal/tillfälle (förberedelser och genomförande)
- "Sparat" 1 timme

Genomsnittligt antal deltagare/gång perioden 1/4 - 30/9

- Föreläsningen = 6,6st
- Avslappningen = 8,5st
- Fysisk aktivitet = 3,4st

Mätningen av tredje tillgängliga tid visade sig inte görbart. Det var för många omständigheter under perioden som hänger ihop med att inblandad personal slutat och övriga har ändrat tjänstgöringsgrad, resultatet hade inte blivit korrekt eller tillförlitligt då det inte gick att mäta utifrån samma förutsättningar.

Personalens upplevelse av gruppverksamheten är övervägande positiv men man tycker att det är svårt att få tid till att prata om den i det dagliga arbetet. Det har vi löst genom att inkopplad undersköterska pratar med patienten, antingen direkt på plats eller ringer upp i efterhand, för att i lugn och ro kunna berätta kring grupperna och svara på frågor. Det ses även ett värde i att jobba förebyggande och för personalen är det ett annat arbetssätt som ger energi och bryter de vanliga mottagningsarbetet.

Vi har på vårdcentralen beslutat att fortsätta erbjuda denna gruppverksamhet och det finns för tillfället stort intresse att medverka.