

Sammanställning av patientnära medicinska kvalitetsarbeten 2024

25 av 32 vårdcentraler har redovisat godkända kvalitetsarbeten för 2024 vilka presenteras i detta dokument.

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, medicinsk rådgivare Allmänmedicinskt Kunskapscentrum, AMK roland.olofsson-dolk@kronoberg.se

Innehållsförteckning

1	Hembesök för språkscreening vid 2½ års ålder	2
2	Förbättrad registrering av enkel läkemedelsgenomgång.....	4
3	Minska förskrivning av antibiotika	6
4	Kvalitetsmässiga fördelar med äldremottagning.....	8
5	Hälsolitteracitet hos patienter med nydebuterad diabetes typ 2.....	10
6	Saxendabehandling tillsammans med livsstilsinformation mot övervikt	13
7	Förbättrat omhändertagande av nysjukskrivna patienter	16
8	Förbättrade läkemedelsgenomgångar för patienter över 75 år med fler än 5 läkemedel..	18
9	AI-funktion istället för taligenkänning.....	20
10	Ökad trygghet för mångsökare.....	22
11	Förbättrat samarbete med kommunen gällande svårläkta sår.....	24
12	Öka rådgivning om levnadsvanor.....	27
13	Förbättrad registrering av patientnära parametrar.....	30
14	Beteendeförändring hos typ 2 diabetiker	32
15	Gruppträffar för kvinnor i klimakteriet	35
16	Trygg övergång från barnhälsovården till elevhälsan.....	38
17	Minskad förskrivning av antibiotika	40
18	Planare glukoskurvor	43
19	Astmapatienters upplevelse av egenmonitorering med AsthmaTuner.....	47
20	Förbättrad kvalitet runt sårvården med RiksSår och sårvårdsplan	49
21	Individuell återkoppling angående antibiotikaförskrivning.....	51
22	Förbättrad sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess	57
23	Utvärdering uppstart av äldremottagning.....	60
24	Hantering av receptförskrivning av läkemedel som kan köpas utan recept.	63
25	Förbättrad följsamhet till riktlinjer gällande astmabehandling	64

1 Hembesök för språkscreening vid 2½ års ålder

Vårdcentral	Achima Care Vislanda
Projektbeskrivning	
Bakgrund Tidigare språkscreenades barn inom barnhälsovården vid 4 års ålder. Det visade sig att barn med nedsatt språkförmåga upptäcktes för sent och att insatserna då även försenades (Nayeb & Westerlund, 2014). Inom barnhälsovården ingår språkscreening vid 2½ års besöken. Kronoberg har valt att använda sig av Västra Götalands arbetsformulär. Ett formulär som delvis bedömer barnets spontana tal. Eftersom barn ofta i 2½ års åldern är restriktiva med vem dom integrerar med har det visat sig att BVC-sköterskan delvis fått gå på förälderns upplevelse vilket gör bedömningen icke tillförlitlig. Många barn får också komma tillbaka för uppföljning av språket då det inte varit tillförlitligt pga barnets ovilja att tala och interagera. Under 2023 gjordes 32 besök på BVC av 2½ åringar och 9 st behövdes följas upp. Vi gjorde också 11 hembesök då inga av dessa barn behöver uppföljning pga av att de inte medverkade i bedömningen. Syfte Kan hembesök på 2½ åringar leda till bättre kvalitet i språkbedömningen? Vi vill undersöka om BVC sköterskan kan bedöma språket utan att det behövs uppföljning, eftersom barnen medverkar spontan i hemma miljö jämfört när de varit på mottagningen. Metod Kommer erbjuda alla vårdnadshavare hembesök för 2½ åringar under 2024. Registrera hur många som sen behöver uppföljning pga att BVC sköterskan ej kan bedöma barnets spontana språk.	

Projektredovisning

Barn i åldern 2½-3 år kan vara blyga och tillbakadragna i nya miljöer och med okända människor. Detta är en helt naturlig utveckling. Vid 2½ årsbesöket på BVC görs en språkscreening. Där en bedömning görs om barnet behöver mer stimulans och stöd för att utveckla sitt språk, eller om det finns en mer djupgående språkstörning.

Detta har ibland blivit en stor utmaning och inte helt sällan har återbesök blivit nödvändigt då en del barn är blyga och tillbakadragna vilket medför att dom inte är så verbala som dom är i den miljön dom känner sig vana och trygga i. Inte sällan har BVC-sköterskan fått gå på förälders utsagor vilket inte är optimalt.

Därför har vi under året som gått infört 2½ års besök på BVC för att få en bättre bedömning av barnets språk.

Fr.o.m. 231013-241013 har 39 barn haft hembesök och 2 varit på mottagningen av olika anledningar. Samtliga barn som haft hembesök har samarbetat mer än väl. Språkscreeningen har kunnat utföras utan tveksamheter. Inget återbesök har varit nödvändigt.

Av de två barnen som varit på mottagningen samarbetade det ena barnet väl och det andra har en grov språkstörning och utvecklingsstörning.

Hembesöken innebär dessutom att BVC sköterskan får se barnets boendemiljö då det i vissa fall blivit ändrade familjeförhållanden som flytt eller nytilkomna syskon. Detta blir då en bra möjlighet att se hur hemmet är anpassat för det lite större barnet. Att utrymmen för lek och sömn finns och att det finns anpassade leksaker.

Under året 2022/2023 språkscreenades 24 barn. Av dessa medverkade inte 6 av barnen vilket föranledde till att BVC-sköterskan gick på förälders utsago att barnets språk fungerat väl, dvs språkscreening inte genomfördes som det är tänkt.

Vid 3-årsbesöket upptäcktes det att 3 barn av dessa inte riktigt utvecklats i sitt tal som förväntat och åtgärder sattes in. Insatser som kunder startas betydligt tidigare.

Av det gångna årets utfall där samtliga barn medverkat vid hembesök hade dessa barn kunnat följas upp tidigare.

Slutsats:

Genom hembesök missas inte barn som har en språkförseening pga.de medverkar bättre i språkscreeningen och därför kan de lättare bedömas av BVC-sköterskan som har relevant kunskap och beprövad erfarenhet kring barnspråk i olika åldrar.

2 Förbättrad registrering av enkel läkemedelsgenomgång

Vårdcentral	Achima Care Växjö
Projektbeskrivning	
MÅL: Vi på Achima Care Vårdcentral i Växjö kommer under 2024 ha som mål att erbjuda alla våra listade patienter enkel läkemedelsgenomgång i samband med planerade läkarbesök på vårdcentralen. SYFTE: Vi tycker det är viktigt att patienternas läkemedelslistor är uppdaterade och att vi följer Region Kronobergs rekommenderade läkemedel i möjligaste mån. Behandlingsansvarig läkare ansvarar för enkel läkemedelsgenomgång. Hur ska vi göra? Vid besöket görs en enkel läkemedelsanalys enligt riktlinjer sidan 75 i Rekommenderade läkemedel 2024 • Indikation • Interaktion • Njurfunktion • Effekt • Risk/Nytta • Biverkningar • Dos/Behandlingstid • Läkemedelsval Läkaren går igenom läkemedelslistan, sätter ut läkemedel som ej längre är aktuella, justerar läkemedelsdoser så de stämmer överens med läkarens senaste ordination. Den enkla läkemedelsgenomgången dokumenteras i läkemedelsmodulen i Cambio Cosmic. Klicka på funktionsknapp "Genomgång". Anteckningen signeras som "Enkel läkemedelsgenomgång". En blå symbol visas i läkemedelslistan när en genomgång har gjorts. Redovisa resultat: MLA ansvarar för att alla läkare på vårdcentralen får information om att vi ska göra enkel läkemedelsgenomgång som kvalitetsarbete under 2024. Resultaten går igenom månadsvis på läkarmöten som hålls regelbundet. Resultaten kan läsas ut via QlickView Vi redovisar även resultatet för hela personalgruppen på APT tertialvis. Resultatet hittar man i QlickView under rubriken Läkemedelsgenomgångar. Välj Achima Care Vårdcentral, välj årtal 2024 och välj även månad för att få fram statistiken Skriftlig rapport skickas in senast 30/11 2024 för redovisning av slutresultatet.	

Projektredovisning

Vårt mål:

Öka patientsäkerhet genom att se till att patientens läkemedelslista är uppdaterad.

Metod:

Göra enkla läkemedelsgenomgångar i samband med patientens besök på VC, via telefon eller i samband med receptförnyelse.

Resultat:

Under år 2024 har vi gjort en enkel läkemedelsgenomgång hos patienter som har sökt på VC för akuta besvär eller i samband med planerade besök.

År 2023 registrerades 17 enkla läkemedelsgenomgångar hos 15 patienter.

I år 2024 har vi gjort 578 enkla läkemedelsgenomgångar hos 360 patienter.

Dessa enkla läkemedelsgenomgångar är fördelade på detta sätt under 2023 respektive 2024

2023	2024
Januari 1 st	Januari 14 st
Februari 1 st	Februari 45 st
Mars 0 st	Mars 65 st
April 0 st	April 86 st
Maj 0 st	Maj 71 st
2023	2024
Juni 0 st	Juni 70 st
Juli 1 st	Juli 62 st
August 1 st	Augusti 66 st
September 0 st	September 57 st
Oktober 1 st	Oktober 42 st
November 3 st	
December 9 st	

Vi har även statistik på patienter som är 75 år och äldre som har minst 5 ordinerade läkemedel.

Av 498 patienter har 324 patienter haft minst en enkel läkemedelsgenomgång på VC under senaste 12 månaderna. Dessa uppgifter är hämtade i QlickView

MLA på vårdcentralen har haft ansvar för att informera läkarna om arbetet och redovisar detta på läkarmötena som sker 2 ggr/månad. Vi har även informerat övrig personal på APT. Vi kommer redovisa slutresultatet på APT nu i november månad

Tillvägagångssättet finns beskrivet i projektbeskrivningen

Vi är nöjda med utfallet och känner att vi gjort ännu en förbättring för våra listade patienter.

3 Minska förskrivning av antibiotika

Vårdcentral	Achima Care Älmhult
Projektbeskrivning	
Vi vill minska förskrivningen av antibiotika genom att arbeta för en hög följsamhet till behandlingsrekommendationerna. Målet är att vi ska ha färre än 250 uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade och månad. Hur ska ni göra det? • Vi deltar i det nationella projektet ”Antibiotikasmart Sverige” hösten 2023-våren 2024. • En läkare, en sjuksköterska och en undersköterska, som har särskilt ansvar för antibiotika-, vårdhygien- och smittskyddsfrågan, utses i januari 2024. • Vi arbetar för en hög följsamhet till behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner inom primärvården (”regnbågsbroschyren”). Genomgång och utbildning sker vid ett par tillfällen under hösten 2023 och våren 2024. • Vi följer regelbundet antibiotikaförskrivningen statistiskt genom stående punkt på APT 1 ggr/månad. Statistiken tas fram i QlickView. • Vi ska se över vår ”infektionsmottagning” för att förbättra flödet och undvika onödig provtagning och antibiotikaförskrivning, planeras hösten 2024. • Årlig utbildning angående rationell antibiotikaanvändning för läkare och sjuksköterskor. STRAMA region Kronoberg planeras februari 2024. • Årlig fortbildning angående basala hygienrutiner och klädregler, planeras maj 2024. • Vårdhygienisk egenkontroll sker varje månad, rapporteras varje kvartal och upprättande av handlingsplan görs vid behov. Hur ska ni visa hur det gick? Statistik tas fram i QlickView med antal uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade patienter och månad. Vi kommer att följa detta månadsvis och målet är att vi ska ha färre än 250 i oktober 2024.	

Projektrevisning

Tillvägagångsätt

Vi har på olika sätt arbetat för en minskning av antibiotikaförskrivningen på vårdcentralen. Vi har varit en av de 19 vårdcentraler i Sverige som har varit med i pilotprojektet

”Antibiotikasmart Sverige” där vi har testat och utvärderat ett antal kriterier som är framtagna med syftet att skapa engagemang, ge inspiration och stödja ett systematiskt förbättringsarbete inom antibiotika- och vårdhygienområdet för att skapa en hållbar utveckling där antibiotika fortsätter att fungera och rädda liv.

Vi har bildat ett team bestående av en läkare, distriktssjuksköterska och undersköterska med särskilt ansvar för antibiotika, vårdhygien och smittskydd. Teamet har tagit fram riktlinjer hur vi praktiskt arbetar med antibiotikaförskrivningen och de har haft genomgång med respektive yrkesgrupper, men också med alla på vårdcentralen vid APT.

Vi arbetar efter ”Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård” (Regnbågsbroschyren) och STRAMA, Region Kronoberg, har varit här för utbildning och genomgång av denna. Vi får även regelbunden statistik från dem.

På varje APT, en gång i månaden, visas statistik på antibiotikaförskrivningen, framtagna i QlickView, för alla. Detta gör att vi alla påminns om arbetet vi behöver göra.

I september startade vi en snabbmottagning för infekterade patienter där en läkare och en undersköterska arbetar ihop med de patienter som har bedömts behöva träffa en läkare (kriterier är framtagna). Patienter, där det bedömts att en sjuksköterska kan hjälpa patienten, får istället träffa en sjuksköterska.

I våras hade vi ett inbokat besök från Vårdhygien, Region Kronoberg, för utbildning i basala hygienrutiner och klädregler, men på grund av sjukdom är detta framflyttat till november. Varje månad görs en egenkontroll av vår utsedda undersköterska, för att se hur vi följer de basala vårdhygienriktlinjerna och om handlingsplan behöver upprättas.

Utfall

Vi har varje månad tagit fram statistik i QlickView för att följa antal uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade patienter och månad. Vårt mål var att ha färre än 250 den 31 oktober, vilket vi inte har lyckats med. Vi hade i oktober 293 uthämtade recept. Detta är dock en förbättring jämfört med vid årsskiftet, då vi hade 317. Vi kommer att fortsätta jobba med detta arbetssätt och förhoppningsvis fortsätta trenden att minska förskrivningen av antibiotika.

4 Kvalitetsmässiga fördelar med äldremottagning

Vårdcentral	Braås
Projektbeskrivning	
Vad vill ni göra? Vi på Vårdcentralen Braås skulle vilja i samband med uppstart av vår äldremottagningen granska de fördelar som det kvalitetsmässigt ger våra patienter. Vår förhoppning med detta projekt är att kartlägga hur detta påverkar patientens vård. I projektet ingår då att granska antalet fysiska besök, antalet andra kontakter (Tele-Q, drop-in, 1177 etc.), läkemedelsgenomgång (antal läkemedel/recept), ärenden i Linken etc. Vi vill även granska den informella kvalitén patienterna, dvs deras egna upplevelse. Detta görs i början och slutet av projektet 2024. Hur ska ni göra det? Vi kommer att ta ut statistik för de 4 första patienterna som går in i äldremottagningen ur Cosmic och Medrave där vi ser de olika parametrarna (Se ovan). Mäter över en period på 6 månader Maj-oktober. Jämför då 2023 mot 2024 samma period. Vi kommer att genomföra en kort patientenkät i maj och i oktober för att få en uppfattning om patienternas upplevelse. Hur ska ni visa hur det gick? Vi kommer att redovisa den statistik vi får fram (se ovan). Redovisa patientundersökning för den informella kvalitén. Denna sammanställning av den formella och den informella kvalitén gör att vi kan granska effekten av införandet av äldremottagningen för vår Vårdcentral.	

Projektredovisning

Tillvägagångssätt: Vi hade höga ambitioner med att kunna ta ut statistik men kom till slutsatsen att vi har varit igång alldeles för kort tid för att få ett pålitligt resultat. Delvis på grund av att mottagningarna pausas på sommaren.

Dock har vi kunnat kartlägga och redovisa patienternas upplevelse dvs den informella kvaliteten. Patienterna fick i maj svara på ett formulär med 4 frågor. Se nedan. De fick nu i oktober/november svara på samma frågor igen för att se om de upplevde det bättre, sämre eller likadant sedan de har inkluderats i äldremottagningen.

1. **Hur enkelt upplever du att det är att komma i kontakt med din Vårdcentral? (Exempel. Telefon, 1177)**
2. **Hur upplever du bemötandet på din Vårdcentral idag?**
3. **Hur upplever du vården på din Vårdcentral idag?**
4. **Helhetsintryck av din Vårdcentral?**

Utfall: I enkätundersökningen skattar patienten från mycket dåligt, dåligt, varken bra eller dåligt, bra och mycket bra. Samtliga patienterna har på fråga 1 gått upp en nivå i hur enkelt de upplever att det är att komma i kontakt med vårdcentralen. Vilken indikerar att äldremottagningstelefonen som är en öppen linje gör att patienterna upplever att det är enklare att komma i kontakt med sin vårdcentral.

Fråga 2 hade samtliga patienter redan kryssat i att de upplevde att bemötandet var mycket bra och ingen förändring till enkät nummer två.

Fråga nummer 3 hade hälften av de svarande patienterna gått upp en nivå igen efter att de inkluderats i Äldremottagningen. Andra hälften låg redan på mycket bra.

Fråga nummer 4 så hade patienterna redan i enkät nummer ett skattat vårdcentralen som Mycket bra och densamma vid enkät nummer två.

Så sammanfattningen av uppstart av äldremottagningen är att patienterna upplever att det är enklare att komma i kontakt med sin vårdcentral och de upplever även att de får bättre vård. Vi hoppas att kunna fortsätta att följa upp arbetet under resten av året även om kvalitetsarbetet avslutas.

5 Hälsolitteracitet hos patienter med nydebuterad diabetes typ 2

Vårdcentral	Dalbo
Projektbeskrivning	
Bakgrund och problem Vårdcentralen Dalbo har ca 600 diabetespatienter som årligen kontrolleras för sin sjukdom. Ett flertal har nydebuterat i sin sjukdom. Att förstå och hantera sina mediciner samt ha kunskap om levnadssätt som bibehåller hälsan trots att man fått diagnosen diabetes typ 2 är av yttersta vikt. Hälsolitteracitet är därför ett viktigt begrepp för denna patientgrupp. Definitionen är: en persons färdigheter att läsa och förstå information, att kunna förhålla sig, värdera, och tillämpa den information och kunskap som delges. För många av våra patienter upplever vi att det kan finnas en sämre hälsolitteracitet i förhållande till personer i övriga samhället pga. områdets karaktär. I vårt fall tydligt definierat genom ett högt CNI på Dalbo vårdcentral. Av det skälet vill vi försöka identifiera de personer med nydebuterad diabetes typ 2 som uppvisar en sämre hälsolitteracitet och där extra eller annorlunda åtgärder angående information kan behövas för att vården ska vara likvärdig för patienten. Metod Vi planerar att använda en skattningsskala för funktionell hälsolitteracitet, S-FHL (Ishikawa et al, 2008). Patienter mellan 18 - 64 år med nydebuterad typ 2 diabetes kommer vid sitt första besök hos diabetessköterska inleda med att få svara på fem frågor angående hälsolitteracitet. Följande frågor ingår i skalan: • Tycker du det är svårt att läsa hälsoinformation, för att texten är svår att se? • Tycker du det är svårt att förstå siffror eller ord i hälsoinformation? • Tycker du det är svårt att förstå budskap i hälsoinformation? • Tycker du det tar lång tid att läsa hälsoinformation? • Händer det att du ber någon annan person läsa och förklara hälsoinformation? Patienten fyller själv i frågeformuläret genom att kryssa i lämpligt alternativ. Svarsalternativen är: <i>Aldrig, Sällan, Ibland, Ofta, Alltid</i> Genom kvantitativ metod kommer vi se fördelningen av svar utifrån svarsalternativen men också om någon av frågorna avviker från de övriga frågorna utifrån svarsalternativ. Avgränsning Endast patienter med nydebuterad diabetes typ 2, 18 - 64 år. Annat språk hos patient är inte exkluderande då frågemallen finns på flera språk. Det ska dock noteras.	

Analys

Fördelning av svarsalternativ där *aldrig och sällan* enbart förekommer bedöms som att inte ha en försämrad hälsolitteracitet.

Patienter som på någon eller flera frågor svarat *Ibland ofta eller alltid* kommer analyseras.

Har patienter som svarat *Ibland, ofta eller alltid* och som fått anpassning i information så beskrivs detta på vilket sätt och omfattning.

Där tolk har använts ska detta redovisas.

Projektredovisning

Resultat

Inkludering av patienter utifrån nydebuterad diabetes har varit något begränsad på grund av sjukdom och vakans hos berörd grupp av diabetessköterskor vilket påverkat möjligheten att samla in underlag.

Fyra patienter har under perioden september-oktober varit föremål för bedömning. Vid ett tillfälle har telefontolk använts.

Resultat

Fråga 1. Tycker du det är svårt att **läsa** hälsoinformation, för att texten är svår att se?

100% har svarat aldrig eller sällan på den frågan

Fråga 2. Tycker du det är svårt att **förstå** siffror eller ord i hälsoinformation?

50% har svarat att det ibland är svårt att förstå siffror eller ord.

Fråga 3. Tycker du det är svårt att **förstå** budskap i hälsoinformation?

25% har svarat att det ibland är svårt att förstå budskapet.

Fråga 4. Tycker du det tar lång tid att **läsa** hälsoinformation?

100% har svarat att de sällan eller aldrig tycker att det tar lång tid att läsa hälsoinformation.

Fråga 5. Händer det att du ber någon annan person **läsa och förklara** hälsoinformation?

25% ber ibland att få hjälp med att förklara hälsoinformation.

Analys

Utifrån det lilla material som samlats in så kan det ändå beskrivas att de patienter som tillfrågats och svarat verkar ha god förmåga att *läsa* sin information.

Däremot har 50 % svårt att *förstå* siffror och ord. I den gruppen har en person använt tolk vid besöket. Ytterligare en tyckte att även budskapet ibland var svårt att *förstå*.

I korthet verkar det inte som att text är svår att läsa och att det finns läskunskap. Däremot är de ord och till viss del siffror svårare att förstå vid vissa tillfällen.

På så vis kan den undersökta gruppen bedömas hälsolitterata ur ett läsperspektiv men kan behöva stöd när det gäller att förstå och agera på den information patienten får vid sitt besök vid nydebuterad diabetes. Att förstå och agera på den information man får som patient kommer givetvis påverka hälsan.

Vid de tillfällen där brist i förståelse för information funnits har den behövts omformuleras eller förenklas med andra ord.

Tolk har använts vid ett av tillfällena. Ingen av patienterna har behövts återkalla på grund av att brister i förståelse varit så stora att det påverkat i stor grad.

Sammanfattning

Trots att det undersökta materialet är väldigt få personer, så ger svaren en signal att det är av största vikt att fastställa att patienter kan läsa men fortfarande förstå den sjukdom som diabetes innebär.

Skalan med de fem frågorna för funktionell hälsolitteracitet är användbar för att snabbt få en bild av en patients förmåga att läsa och förstå hälsoinformation. Det kan också ge signaler om en organisation behöver arbeta mer hälsolitterat med informationsmaterial eller på vilket sätt vi informerar patienter så att de på ett bra sätt kan ta egenansvar för sin hälsa.

Att använda sig av ett språk på enkel svenska i informationstext är en framgång oavsett om patienten har levt hela sitt liv i samma land och kan språket väl eller har invandrat nyligen och har vissa brister i språkkunskap.

6 Saxendabehandling tillsammans med livsstilsinformation mot övervikt

Vårdcentral	Gränsbygdskliniken
Projektbeskrivning	
Vad vill ni göra? Vi vill undersöka effekten av Saxendabehandling tillsammans med livsstilsinformation, för övervikt. Vi har, sen preparat i sprutform, för viktnedgång lanserades, märkt ett klart större intresse bland våra patienter för denna behandlingsform. Hur ska ni göra det? Planen är att erbjuda patienter som söker för viktnedgång, har planer på en eventuell överviktsoperation, eller de som av andra medicinska skäl skulle ha mycket att vinna på en viktnedgång, skall erbjudas att delta i projektet. För att inkluderas i projektet begränsas patientdeltagande till de som lider av svår fetma (BMI mellan 35.0 – 39.9) eller extrem fetma (BMI 40 eller högre). Anledningen till att vi valt just Saxendabehandling är, att det är det preparat för viktnedgång, som vi senaste året upplevt har haft bäst tillgänglighet på apoteken. Vid inkluderingen tänkte vi notera blodtryck, vikt, BMI och midjemått. Dessa mått tänkte vi sen kontrollera om, efter sex och tolv veckor, i studien. Hur ska ni visa hur det gick? Vi tänkte redovisa hur många patienter som tillfrågas om deltagande, hur många som väljer att delta, om de haft andra sjukdomar än bara övervikt som grund för behandling, hur många som fick avbryta p.g.a. biverkningar, patientnöjdhet, samt effekt på vikt, BMI och midjemått. Inkluderingstid tänkte vi ha fram till 31/8 för att åtminstone ha minst två månaders utvärderingstid avseende viktnedgång, avbrytandefrekvens och biverkningsrapportering, för alla patienter. Vi har dessutom för avsikt att fortsätta projektet utanför detta kvalitetsarbete, till en sammanlagd längd för alla patienter som inkluderats, i totalt ett år.	

Projektredovisning

Med start 2024-03-01 och fram t.o.m. 24-08-31 tillfrågades överviktiga patienter (BMI 35 eller mer), som sökte på kliniken, om de ville vara med i ett överviktsprojekt. Detta för att vi skulle kunna ha en utvärderingstid på deltagarnas värde på minst två månader innan projektet skulle redovisas.

I projektet skulle de få behandling med Saxenda, samt sedvanlig livsstilsinformation och motionsråd, och sen skulle vi utvärdera effekten av detta.

Vid inklusion i studien noterades blodtryck, vikt, BMI samt midjemått.

Dessa parametrar följdes sedan under studiens gång på, efter sex och tolv veckor.

(Projektet fortgår dock fortfarande även efter dessa veckor, med planerad behandlingstid för patienterna på 12 månader).

Totalt tillfrågades 15 patienter.

Av dessa avstod en patient p.g.a. kostnaden för behandlingen och en patient startade aldrig upp behandlingen, oklart varför.

Bland övriga 13 deltagare avslutade tre patienter på eget initiativ eller på vårt initiativ då effekt av behandlingen uteblev. Alla tre deltog dock i minst tolv veckor.

Dessutom avslutade två patienter behandlingen p.g.a. biverkningar. Bägge patienter deltog dock i minst tre månader och inkluderas i utvärderingsresultaten.

Biverkningarna bestod i ett fall av aptitlöshet och trötthet och i ett fall av huvudvärk och illamående.

En patient avslutade i förtid p.g.a. utlandsresa, men han hann ändå gå ner 13 kg på de sex månaderna han deltog, vilket innebär att även hans resultat är inkluderat i sammanställningen.

1 patient inkluderades så sent att utvärderingen efter 12 veckor ännu inte genomförts, men han har hittills gått ner 9,5 kg. Denna patient är således inte inkluderad i resultatsammanställningen!

Av de 13 patienter som startade behandlingen har vi således kunnat utvärdera resultaten hos tolv av dessa, efter 12 veckor.

Vad det gäller parametrarna vi undersökte var utgångsvärdena enligt följande vid start (genomsnittsvärden): Blodtryck 131.2/83.8, Vikt 119,3 kg, Midjemått 122,75 cm och BMI 39.7.

Samtliga dessa mått följdes upp efter 12 veckor och utföll då med följande genomsnittresultat:

Blodtryck 125.2/78.1, Vikt 109,7 kg, Midjemått 115 cm samt BMI 36.9 och den genomsnittliga vikttnedgången låg på 8 kg/patient.

Vi kan sammanfattningsvis konstatera att projektet har varit väldigt uppskattat av patienterna och det är bara två patienter som blivit tillfrågade som inte fortsatt de planerade tre månaderna med behandlingen. En har ännu inte behandlats i tre månader, men än så länge, efter 10 veckor, är han med i projektet.

Som synes av utgångsparametrarna var detta ett klientel med rejält förhöjda parametrar på allt vi mätte, vid projektets start. De hade dessutom en del andra välbefinnadssjukdomar i bagaget.

Åtta patienter hade hypertoni, två var diabetiker, en hade nedsatt glukostolerans, en hade hjärtsvikt, en hade hyperkolesterolemi, en patient hade hypothyreos, en hade astma och en patient led av gikt. Någon patient hade således mer än en dylik diagnos.

Av de tre som slutade med behandlingen p.g.a. dålig effekt gjorde två det enligt eget beslut och en enligt vår rekommendation, då de eller vi inte ansåg kostnaden för behandlingen försvarbar sett till resultatet.

Det vi lärt oss i projektet är, som brukligt, att de som verkligen satsar och lägger om livsstil med mat och motion, uppnår väldigt goda resultat. De initialt ofta väldigt goda resultaten i början av behandlingen har nog också sporrat en del ytterligare.

Alla patienter i projektet gick ner i vikt och alla parametrar vi följde i projektet förbättrades hos samtliga patienter, förutom två patienter som inte fick bättre blodtryck.

Någon patient fick dock minska på sin hypertoni-behandling under projektets gång så detta är något svårvärderat.

7 Förbättrat omhändertagande av nysjukskrivna patienter

Vårdcentral	Hälsocentralen Falken
Projektbeskrivning	
Vad vill ni göra? Förbättrat omhändertagande av nysjukskrivna patienter med förväntad sjukskrivningstid över 1 månad. Vår vårdcentral har som andra en rehabrond där vi diskuterar patienter som är sjukskrivna. Över tid har vi märkt att vi har fått fler sjukskrivna och likaså svårare sjukskrivningar. Detta delvis då dessa patienter aktivt sökt sig till oss från andra vårdcentraler där det varit svårt att få fast läkarkontakt. Detta har ökat behovet av en förbättrad rutin kring rehabrondernas innehåll och rehabiliteringsprocessen i helhet. Tidigare har vi hanterat merparten av alla aktuella ärenden vid var rehabrond vilket i dagsläget inte upplevs som möjligt utifrån antalet och komplexiteten. Vi har även vissa utmaningar utifrån var geografiska placering och demografi jämfört med andra vårdcentraler. Vi har tidigare haft ett projekt kring 1177s formulär vid sjukskrivning men upplevde att dessa inte gav särskilt stort stöd i vårt arbete och var svåra för patienterna. Hur ska ni göra det? Möte med läkargrupp, fysioterapeut och KBT-terapeut (tillika rehabkoordinator) för diskussion och upplägg. Utformande av dokument att ge patienten om vad Rehabrond är och för att inhämta samtycke. Använda oss av Region Kronobergs patientinformation vid sjukskrivning Hur ska ni visa hur det gick? Mäta antalet som går på kartläggningsbesök hos koordinator. Vi kommer att mäta hur många patienter som är kartlagda vid datum för projektstarten, samt i slutet av oktober. Mäta antalet som har en rehabplan nedskriven i sin journal under aktuellt sökord vid start respektive avslutning av projektet. Mäta hur många som har en rehabiliteringsplan via arbetsgivaren. Rehabkoordinatorn kommer att fråga om samtycke för att kunna ta kontakt med patientens arbetsgivare för att inhämta information om det finns en rehabplan eller ej. Vi kommer att mäta hur många som hade en plan i april respektive i oktober.	

Projektredovisning

Anpassningar till tidigare projektplan: Att följa upp hur många som har en rehabiliteringsplan hos arbetsgivaren har exkluderats då det hade krävt att rehabiliteringskoordinatören involverades i alla nya sjukskrivningar, något som vi använt vid mer komplicerade fall för kartläggning. Det följs upp av läkare vid besök men har inte mätts och därför inte ett måttetal att rapportera. Har kompletterat med enkätutvärdering av rehabiliteringsarbetet och rehabplaner.

Resultat:

- Ett dokument som stöd för att inhämta samtycke har skapats och samtycke kunde även inhämtas muntligt. Uppfattningen från läkarna är att vi som grupp som regel gör detta. Saknas dock ett enkelt sätt att registrera det i journalen varpå det är svårare för andra att lätt hitta i journalen och inte kan tas ut som statistik.
- Läkarna är olika i hur vi dokumenterar rehabplan trots uppmaning att använda sökordet ”rehabplan”. 2/3 använder det.
- Antalet patienter med plan skriven under sökordet ”rehabplan” togs fram genom data från QlickView, undergrupp journal, sökt på sökord rehabplan. Följande resultat:
- → Innan projektets start (jan-mars 2024) var det en patient
- → April-oktober 2024 var det 23 patienter
- Gemensamma bilden av alla professioner involverade i rehabteamet är att det övervägande finns en tydlig rehabplan för patienter med sjukskrivningar över 1 månad.
- Ronden anses av alla i rehabteamet fungera som ett bra stöd för rehabiliteringen.
- Då det inte finns en specifik anteckningsmall för kartläggning är det inte möjligt att utröna denna data från QlickView. Utgick därför från bokningar i rehabkoordinators tidbok och är då 4 besök där bokningsinformationen varit kartläggning under perioden april-oktober. Januari till mars var det 2 st.
- Rehabkoordinatören önskar bli inkopplad tidigare än han har blivit hittills. Detta för att tidigare kunna involvera arbetsgivaren.

Diskussion: Att använda det specifika sökordet ”rehabplan” ökar inte med säkerhet tydligheten med rehabiliteringsplanen men det ökar sökbarheten efter planen och kan därmed underlätta vid längre rehabiliteringsinsatser. Kan även vara ett ställe i journalen att förtydliga samtycke till rehabrond och därmed relativt lätt att hitta. Hade varit bra om sökordet var tillgängligt i de mallar som används av andra professioner än läkare i rehabiliteringsteamet.

Att en stor del av utvärderingsperioden har sammanfallit med semestern där både vårt, arbetsgivarens och patientens rehabiliteringsarbete inte går lika effektivt bedöms ha påverkat mängden kartläggningar som har gjorts. Även att rehabronderna inte sker på samma sätt under den delen av året.

Framåt: Upplevs sammanfattningsvis som att vi har mycket kvar men att vi har fått upp en struktur som fungerar men behöver förstärkas. Mer av rehabiliteringsronden behöver fokuseras på att se till att vi har en tydlig plan för de nyligen sjukskrivna för att möjliggöra snabbare, men främst bättre återgång i arbete. Att involvera rehabkoordinatören i fler fall för att kunna stötta patienterna i att få en rehabiliteringsplan via arbetsgivaren när vi ser att sjukskrivningen blir mer än fyra veckor.

8 Förbättrade läkemedelsgenomgångar för patienter över 75 år med fler än 5 läkemedel.

Vårdcentral	Ingelstad
Projektbeskrivning	
<u>Vad vill ni göra?</u> Förbättring gällande läkemedelsgenomgångar för patienter över 75 år med fler än 5 läkemedel. Enligt socialstyrelsen ska alla patienter som är 75 år och äldre samt har fem eller fler läkemedel erbjudas läkemedelsgenomgång varje år. Vid en enkel läkemedelsgenomgång ska läkaren se över vilka läkemedel patienten fått ordinerade och varför, samt få en klarhet över vilka läkemedel som patienten faktiskt tar. Det är även viktigt att fråga patienten om denne medicinerar med andra läkemedel som inte står med i läkemedelslistan som vi har tillgång till. Enligt QlickView så har Vc Ingelstad 661 listade patienter som är över 75 år. Data har tagits fram i QlickView som visar att 114 patienter som är 75 år och äldre samt har fler än 5 läkemedel. I Medrave har vi tagit fram siffror på åtgärds-koden enkel läkemedelsgenomgång och den är använd två gånger under samma period. <u>Hur ska ni göra det?</u> I detta fallet ligger läkemedelsgenomgångar på läkarna. För att hjälpa läkaren till en början, tills det vi får in det som en rutin så kommer vi att ta hjälp av framförallt sekreterare men även sjuksköterskor, som bokar in patienterna. Vid bokning av patienter som är 75 år och äldre och kommer på en planerad eller semiplanerad tid (bokas i förväg, ej akuttider förutom i de fall som är kopplat till läkemedelsbiverkan) skrivs det LÄKEMEDEL i bokningsinformationen. När läkemedelsgenomgången är utförd kommer vi även använda KVÅ-kod i anteckningen. <u>Hur ska ni visa hur det gick?</u> Genom att ta fram statistik i Medrave på åtgärds-koden på hur många patienter som har fått läkemedelsgenomgång under projektperioden. Förhoppningsvis kommer även läkarna att kunna sanera patienternas läkemedelslistor så att patienterna bara står på de läkemedel de verkligen tar.	

Projektredovisning

Vi har som ovan beskrivet i projektplanen vid bokning av patienter som är 75 år och äldre skrivit i bokningsinformationen till läkare att en läkemedelsgenomgång ska göras vid besöket. Detta flöde har framför allt använts vid planerade besök. Enligt Medrave hade läkarna under hela 2023 endast 10 läkemedelsgenomgångar på patienter som är 75 år och äldre. Vid besöken så användes åtgärds-koden XV015.

Under 2024 (240101–241109) har användandet av koden för läkemedelsgenomgång ökat markant. Antalet är nu totalt 87 stycken fördelat på 83 patienter enligt Medrave.

Vi har dock sett att bara använda Medrave som datakälla för att framta denna statistik inte är helt korrekt, då det finns två olika sätt att registrera en läkemedelsgenomgång – antingen i läkemedelsmodulen (vilket mäts i QlickView) eller med åtgärds-kod. Därför blir också den total siffran för antal patienter som faktiskt fått en läkemedelsgenomgång betydligt högre. Var god se tabellen nedan.

År	QlickView (läkemedelsmodul)	Medrave (åtgärds-kod)
2023	114	10
2024	118	83

När vi jämförde dessa data så visade det sig att 28 av patienterna under 2024 registrerats på båda sätten. Om man räknar bort dessa dubletter betyder det således att antalet patienter som fått läkemedelsgenomgång fram till 2024-11-09 landar på 173. Om man jämför med 2023 är det en ökning på cirka 40% - vilket som ändå får ses som en mycket positiv utveckling.

Hädanefter kommer vi fokusera på att registrera enhetligt genom att kryssa i läkemedelsgenomgång utförd i läkemedelsmodulen. Detta är ju även sättet vi mäts i primärvårdens kvalitetsindex. Det kommer att underlätta för oss att följa utfallet framöver så att vi fortsätter denna positiva utveckling och fler av våra äldre patienter får en gedigen läkemedelsgenomgång.

9 AI-funktion istället för taligenkänning

Vårdcentral	Kry vårdcentral Älmhult
Projektbeskrivning	
Vad vill ni göra? Införa AI-funktion, transkribering, vid patientbesök hos sjukgymnast. Hur ska ni göra det? <i>Hur fungerar transkriberingen?</i> Genom KryPro, som är Kry:s egna plattform, spelas samtalet mellan patient och vårdgivare in under besöket. Samtalet sammanfattas, anamnes och status dokumenteras under relevanta sökord samt förslag på diagnos i KryPro. Vårdgivaren klipper sedan ut informationen och klistrar in den i Cambio Cosmic. <i>Nuläge:</i> Besök till sjukgymnast är bokad på 45 minuter varav själva besökstiden är 30 minuter. 15 minuter tid till administration som idag dokumenteras med taligenkänning. <i>Under projektiden:</i> Sjukgymnasten väljer ut 10 patienter (återbesök) där hen vid hälften av samtliga besök dokumenterar med taligenkänning och vid hälften av besöken dokumenterar med AI-funktionen per patient. T ex Patient NN kommer på 8 återbesök varav 4 besök dokumenteras med taligenkänning och 4 besök dokumenteras med AI-funktionen. Tidsåtgången för de olika dokumentationsmomenten mäts med klocka. Hur ska ni visa hur det gick? Excelfil med diagram som visar eventuella skillnader i tidsåtgång på dokumentationen.	

Projektreddovisning

Under perioden ovan har sjukgymnasten valt ut 30 patienter, återbesök. 15 har dokumenterats med TIK och 15 har dokumenterats med AI. (Utökning av patientantal på grund av otillräckligt med data på 10 patienter).

TIK			AI		
Patient	Symtom	Tidsåtgång	Patient	Symtom	Tidsåtgång
1	Ländrygg	7 min	1	Ländrygg	12 min
2	Axel	12 min	2	Axel	10 min
3	Knä	10 min	3	Knä	12 min
4	Knä	10 min	4	Knä	7 min
5	Höft	9 min	5	Höft	13 min
6	Axel	8 min	6	Axel	8 min
7	Knä	8 min	7	Knä	10 min
8	Axel	13 min	8	Axel	12 min
9	Nacke	10 min	9	Nacke	10 min
10	Höft	7 min	10	Höft	9 min
11	Rygg	5 min	11	Rygg	13 min
12	Axel	12 min	12	Axel	10 min
13	Knä	7 min	13	Knä	8 min
14	Höft	10 min	14	Höft	10 min
15	Bröstrygg	12 min	15	Bröstrygg	9 min
Totalt		140 min	Totalt		153 min

Slutsats: AI-funktionen för transkribering av tal i patientmöte registrerar i flertalet fall mycket bristfälligt den information som diskuteras. AI-transkribering registrerade anamnes och nuvarande status tillfredställande vid några av besöken. Under undersökning och behandling fungerade transkriberingen Mycket dåligt och förslag på fraser till journalen var inte relevanta för besöket. Anteckningarna som skulle transkriberas med AI behövde alla kompletteras med TIK eller skrift.

AI-funktionen behöver vidareutveckling för att fånga hela besöket och vara till hjälp vid dokumentation. I nuläget kan den i bästa fall användas som hjälp med att skriva ner anamnesen.

10 Ökad trygghet för mångsökare

Vårdcentral	Kungshögen
Projektbeskrivning	
Vad vill ni göra? Vi vill att våra patienter som söker vård hos oss ofta, mångsökare ska känna sig sedda och trygga i våra kontakter med oss. Dessa patienter genererar många kontakter och besök som inte alltid är nödvändiga och tar mycket av verksamhetens resurser. Målet är att få dem så trygga att de inte söker vård lika ofta, att de vet vem de ska vända sig till vid behov och vad de ska göra när medicinska behov uppstår genom att upprätta en vårdplan eller patientkontrakt. Hur ska ni göra det? 1. Utdata från Medrave. Vi inriktar oss på mångsökare med 6–7 läkarbesök hos oss inom 1 årsperiod, april 2023 till april 2024. Denna patientgrupp ska följas upp. 2. Journalgranskning sker av vårdkoordinator eller utsedd person av vårdkoordinator; - Har patienten fast vårdkontakt? - Är patienten listad på en läkare/fast läkarkontakt? - Har patienten en vårdplan eller patientkontrakt? 3. Finns inget av detta eller bara något av delarna ska patienten få ett erbjudande om vårdplanering/patientkontrakt, fast vårdkontakt och listas på läkare/fast läkarkontakt. 4. Vårdkoordinator eller utsedd person av vårdkoordinator kontaktar patienten som kallas till vårdkoordinator och eller rätt berörd person för vårdplanering. Hur ska ni visa hur det gick? Beskriva antalet före och efter genomförandet 1. som hade och som fick fast vårdkontakt 2. som var listad eller blev listad på en fast läkare /läkarkontakt 3. som hade en vårdplanering eller patientkontrakt och de som fick Har antalet mångbesökare minskat? Finns det en koppling till att patienten blev erbjuden fast vårdkontakt, listad på läkare och blev erbjuden vårdplan eller patientkontrakt? Projektet är från 1 april – 30 nov 2024. Här kan vi se en tendens till om antal besök till läkare minskat men sista uppföljning blir i april 2025 för att se om antalet besök/patient minskat till läkare för dessa patienter under en ettårsperiod. Detta går att mäta i Medrave.	

Projektredovisning

Vi gjorde en sökning i Medrave, tidsperiod 230402–240401. Urval var patienter i alla åldrar, män och kvinnor som har träffat läkare 6–7 gånger på fysiska besök. Resultatet blev 65 patienter.

Vid journalgranskning av vårdkoordinator framkom det att;

- 14 av 65 patienter hade fast vårdkontakt
- 27 av 65 patienter var listade på läkare/fast läkarkontakt
- 1 av 65 patienter hade en vårdplan

En del patienter kunde lätt förklaras varför de hade så många läkarkontakter. Barn med återkommande otiter. Vuxna med utredning och uppföljning av exempelvis hudåkommor och hosta. 12 patienter var under sjukskrivningsprocess och hade en etablerad kontakt med läkare och personal i rehabteamet.

Vi såg ett behov av att göra SIP och genomförde SIP på två patienter. Vi behöver genomföra SIP på ytterligare två patienter som inte är gjorda då andra [SIP:ar](#) varit mer prioriterade.

Äldremottagningsköterskan har nu etablerad kontakt med fyra patienter.

Vi kan se ett behov av att göra vårdplan/patientkontrakt på 10 patienter som är i sjukskrivningsprocessen och /eller smärtproblematik. Vi har svårt att komma igång med vårdplaner/patientkontrakt. Upplevelsen är att vårdplaner/patientkontrakt inte är primärvårdsanpassade och stödjer inte vårt arbetssätt. Personalen väljer hellre en vanlig journalanteckning i Cosmic där planering framgår. Dessa anteckningar kan lätt skrivas ut till patienten eller lätt läsas av patienten på 1177.

Efter journalgranskning och genomförandet av vårt kvalitetsarbete har;

- 28 av 65 patienter fast vårdkontakt
- 61 av 61 patienter är listade på läkare/fast läkarkontakt
- 1 av 65 patienter har en vårdplan

Som ett bifynd upptäckte vi i Medrave att 20 patienter hade besökt läkare fysiskt 8–11 gånger under samma tidsperiod. Sju av dessa patienter hade inte fast läkarkontakt/listade på läkare vilket de har nu. Fem hade inte fast vårdkontakt och efter journalgranskning såg vi att det inte behövdes.

Vi gjorde en granskning i Medrave den 7/11 för att se hur många av dessa som besökt läkare mellan perioden 240402–241107 och såg att sex patienter har ett fortsatt sökbeteende. Men enbart två patienter av de 65 som har journalgranskats för kvalitetsarbetet.

Vi behöver jobba vidare med hur vi ska få personalen att upprätta vårdplaner/patientkontrakt. För att det ska bli en verklighet krävs en förändring så det blir ett användarvänligt och patientvänligt system.

Sista uppföljningen inom ramen för detta kvalitetsarbete blir i april 2025.

Vi kommer fortsatt att titta på våra mångbesökare varje höst och vår för att fånga upp dessa patienter.

11 Förbättrat samarbete med kommunen gällande svårläkta sår

Vårdcentral	Lagan
Projektbeskrivning	
Vad vill ni göra? Vi vill förbättra samarbete mellan region och kommun gällande våra multistjuka patienter på Åbrinken, särskilt boende i samband med svårläkta sår. Patientgruppen har en hög sjuklighet och drabbas lätt av sår som ofta är svårbehandlade och kräver insatser från flera personalkategorier. Målet är att upprätta en fungerande rutin där det görs en snabb bedömning och åtgärd/plan vid uppkomst av sår för att minska behandlingstid och onödigt lidande för patienten. Detta ser vi kan spara både lidande, resurser, tid och kostnader på sikt. Hur ska ni göra det? 1. Boka möte med kommunens SSK, chefer samt vc ssk, usk och läkare samt chef för att upprätta en gemensam sårvårdsrutin. 2. Införa snabbspår och införa rutinen: Bedömning av såret ska göras så snart som möjligt (inom 1 vecka) med stöd av ankelindex, rätt diagnossättning samt sårvårdsplan. Vid ett försämrat ankelindex, bokas besök till ansvarig läkare för SÄBO för extra kontroll. 3. Vid bokad besök på vårdcentralen deltar även PAS och ev. kontaktperson från boende för att säkerställa hur såret ser ut och hur omläggning ska ske, besöket följer och dokumenteras enligt mallen utvidgat besök sårvård. 4. Säker dokumentation via sårvårdsplan: (idag används två olika system), startas upp både via kommunen och vårdcentralen med hänvisning till kommunens sårvårdsplan? Dialog vid uppstartsmötet 5. Kompetensutbildning/information till personal på Åbrinken, särskilt boende gällande sår (bedömning och behandling). Detta kommer att utföras tillsammans med Vc läkare, Vc ssk. Vid behov tas kontakt med sårskörsordnare. 6. Förhoppningen är att genom att öka kompetens och samarbete hos de som deltar i förbättringsarbetet ska man få till bra vård för patienterna och skapa robusta rutiner som fungerar och ger stöd även vid personalrotation. 7. På längre sikt kanske man kan ha utvidgat sårvårdsbesök inom hemsjukvården där eventuella förändringar tas upp i samband med rond. Hur ska ni visa hur det gick? 1. Vi kommer att mäta sårhelningstiden för de patienter som är aktuella. 2. Mäta antalet sårvårdsplaner i QlickView vid projektstart (april) och vid projektslut (november). Hur många patienter med sårdiagnos har sårvårdsplan? 3. Tillse att vi har diagnos satt på alla aktuella patienter och identifiera antalet patienter med sårdiagnoser listade på VC Lagan vid projektstart och vid projektslut i M4.	

Projektreddovisning

Vi ser nu en röd tråd, ökat antalet IVP:er samt minskat sårsläkningstid för alla sår inklusive svårsläkt sår och med denna praktiska rutin så får läkaren direkt kännedom om svårsläkt sår. Teamarbete har under arbetets gång skett tillsammans med vårdcentralens läkare, sjuksköterska samt kommunens personal. Kompetenshöjande insats i form av gemensamma besök samt föreläsning 1h på APT för Åbrinkens personal plan 2, 241113.

Det har framkommit att hemsjukvården i ordinärt boende behöver mer kompetenshöjande insatser. Vi har skapat kontakt mellan resursperson sårsmordnare och HSV ordinärt boende.

En skriftlig rutin skapar förutsättningar för att säkerställa att arbetet fortlöper efter kvalitetsarbetets avslut. Rutinen säkerställer att svårsläkt sår på särskilt boende snabbt kommer sjuksköterska i HSV till kännedom. Spontana sår eller ej läkta sår inom 4-6 veckor bokas till besök på vårdcentralen för basbedömning, sår diagnos och upprättande av sårbehandlingsplan (IVP). Vi på vårdcentralen tar fram förslag på skriftlig rutin, för dialog och förankring med HSV och personal på Åbrinken. Ett utkast har skapats och kommer slutföras innan 241231.

Vi har valt att redovisa statistik från verktygen QlickView och kvalitetsregister RiksSår. Vi har valt att inte använda M4 då vi istället har använt oss av RiksSår då det är där då vi nu ingår och kommer framledes använda detta och jämföra data över tid för att kunna jämföra oss med andra som ingår i RiksSår.

Nedan visas resultatet av antal patienter med sår som har en IVP lokal sårbehandling (sårbehandlingsplan) enligt QlickView.

Antal patienter med svårsläkt sår	Totalt antal	Antal som har IVP lokal sårbehandling (sårbehandlingsplan)	Andel som har IVP lokal sårbehandling (sårbehandlingsplan)
April 2024	29	3	10 %
November 2024	20	7	35 %

Tabell 1

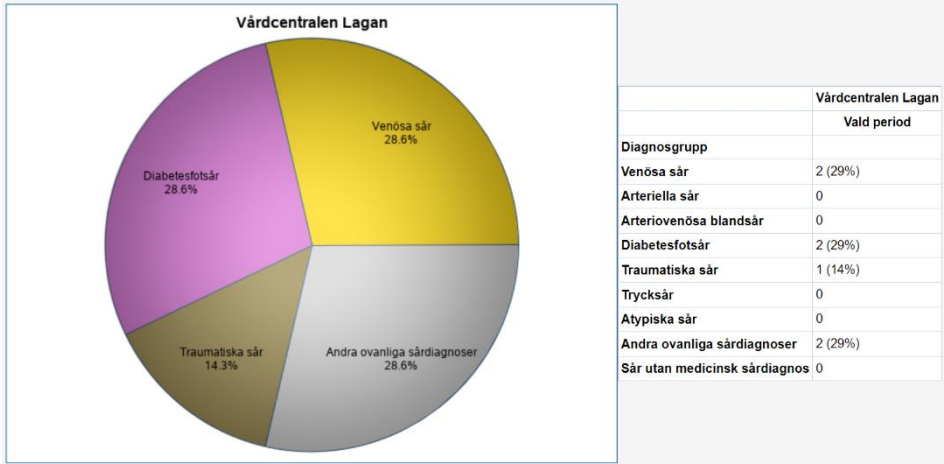
Under kvalitetsarbetet började vi också registrera i RiksSår och påbörjat ett nära samarbete med resursperson sårsmordnare i Region Kronoberg. Nedan visas antal patienter med medicinsk sår diagnos under perioden 240401-241114 enligt Kvalitetsregistret RiksSår.

Uppgifter om patienten vid inregistrering i registret

Antal patienter	6
Antal sår	7
Män	5 (83%)
Kvinnor	1 (17%)
Medianålder	74.5
Diabetessjukdom	3 av 6 (50%)
Hjärt/kärl/lungsjukdom	5 av 6 (83%)
Rökare	0 av 6
Ofrivillig viktne gång	0 av 6

Diagnosfördelning

	Vårdcentralen Lagan
	Vald period
Sårdiagnoser	
Sår med medicinsk sårdiagnos	7 av 7 (100%)
Tid till sårdiagnos (tid från sårets registreringsdatum till sårdiagnosdatum i registret, median dagar)	0



Figur 1

Nedan presenteras de aktuella patienter under kvalitetsarbetets tidsram samt sårläggningstiden, noterat av medarbetare som medverkat i kvalitetsarbetet.

Patient	Sårläggningstid (antal dagar)
1	Sår 1: fanns redan vid inflytt till SÄBO maj 2023. Behandlas fortfarande Sår 2 maj-juli 50 dagar Sår 3, uppkommet i oktober, behandlas fortfarande
2	Sår sedan okt 2023, mycket god läkning men behandlas fortfarande
3	Maj-sept 2024, 100 dagar
4	December 2023- mars 2024, 133 dagar
5	Flertalet sår sedan 90-talet, nu läkta sedan 4/10 2024

Tabell 2

För att ta fram och följa upp statistik måste vi idag gå in i flera system, önskvärt hade varit att ha ett system för att få en följsam och systematisk uppföljning över tid. Vi vill också lyfta att vi haft en patient som gått i många år och flera gånger i veckan och som vi nu kunnat avsluta då alla sårerna är läkta. Det är också bra att vi kan fortsätta följa arbetet via kvalitetsregistret RiksSår.

12 Öka rådgivning om levnadsvanor

Vårdcentral	Lammhult
Projektbeskrivning	
Vad vill ni göra? ”Dålig vana blir sämre med tiden” är tyvärr inget upplyftande ordspråk. Därför vill vi på Lammhults vårdcentral förbättra våra vanor med att ge rådgivning kring levnadsvanor till våra patienter. Vår upplevelse är att vi faktiskt ger mer råd och rådgivning än vad som återfinns i statistiken men vi vill ju såklart bli bättre och att vi kodar i korrekt i journalen. Syftet är att hjälpa våra patienter till sundare levnadsvanor och på så vis minska riskfaktorer, såväl fysiska som psykiska. Målet är att öka rådgivningen vi ger om levnadsvanor (tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor) på vårdcentralen. Hur ska ni göra det? Information till kollegor på APT om vad råd och rådgivning innebär och lathund för kodning. Beställa hem extra material för levnadsvanor. Hur ska ni visa hur det gick? Mäta antal dokumenterade åtgärds-koder. Med hjälp av Medrave tar vi fram statistik under tidsperioden 15 april till 15 november 2023. Vi har valt att inkludera både Vårdcentralen och Primärvårdsrehab. Planerade besök inkluderas men oplanerade besök exkluderas. Vi har valt att mäta på den vuxna befolkningen, från 18 år och uppåt. Vid samma tidsperiod föregående år har 6 av 597 patienter som erhållit råd och rådgivning enligt åtgärds-kodningen. Totalt har 11 åtgärds-koder registrerats av de koder vi har tittat på (se koderna nedan). Vi kommer sen att jämföra med perioden 15 april till 15 november 2024. KVÅ-koderna som kommer vara en del i arbetet är: DV111 (enkla råd om tobak) DV112 (rådgivande samtal om tobak) DV113 (kvalificerat rådgivande samtal om tobak) DV121 (enkla råd om alkoholvanor) DV122 (rådgivande samtal om alkoholvanor) DV123 (kvalificerar rådgivande samtal om alkoholvanor) DV131 (enkla råd om fysisk aktivitet) DV132 (rådgivande samtal om fysisk aktivitet)	

DV133 (kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet

DV200 (utfärdande av fysisk aktivitet på recept)

DV141 (enkla råd om matvanor)

DV142 (rådgivande samtal om matvanor)

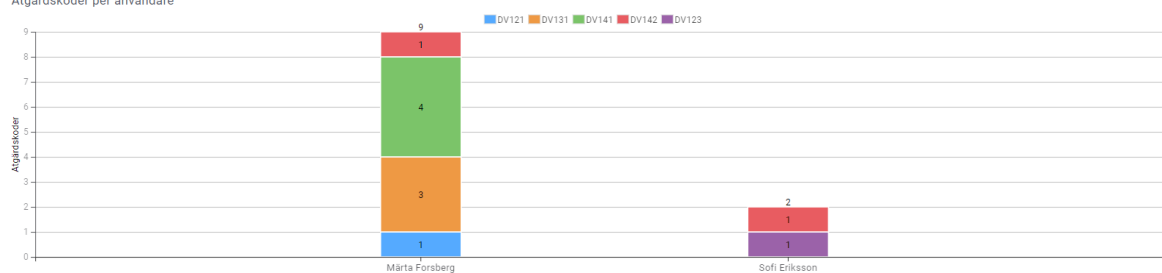
DV143 (kvalificerat rådgivande samtal om matvanor).

Bild 1 år 2023: Antal åtgärds-koder med valt filter, uppdelning efter åtgärds-koder

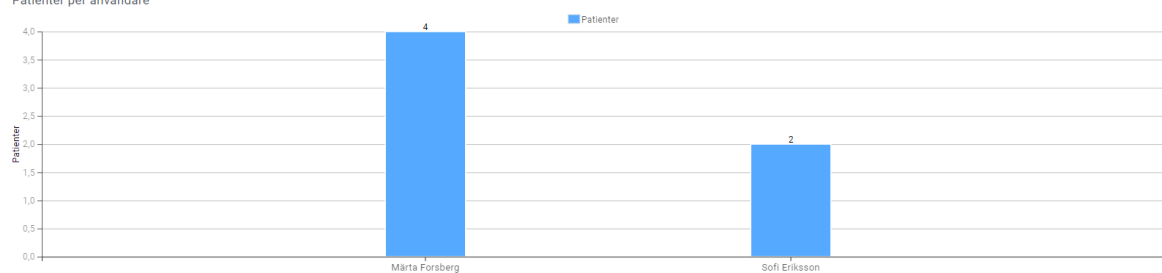
Bild 2 år 2023: Antal patienten med åtgärds-kod inom valt filter enligt ingen uppdelning

Källa: Medrave

Åtgärds-koder per användare



Patienter per användare



Projektreddovisning

Vårt resultat:

Vi började med att ge information till kollegor på APT om vad råd och rådgivning innebär och en lathund för kodning.

Material om levnadsvanor beställdes hem och delades ut till kollegor.

Löpande under perioden har vi repeterat och påmint varandra.

Vi tittar i Medrave för perioden 15 april till den 15 november med samma inkluderings- och exkluderingskriterier som för 2023.

723 planerade besök under tidsperioden, varav 107 patienter som erhållit råd och rådgivning enligt åtgärdskodningen. Totalt har 233 åtgärds-koder registrerats av de koder vi har tittat på (se koderna ovan).

Vi tittar även på vilka råd vi har givit mest och det är matvanor samt fysiskaktivitet. Den profession som utmärker sig mest med enkla råd av levnadsvanor är diabetessköterskan.

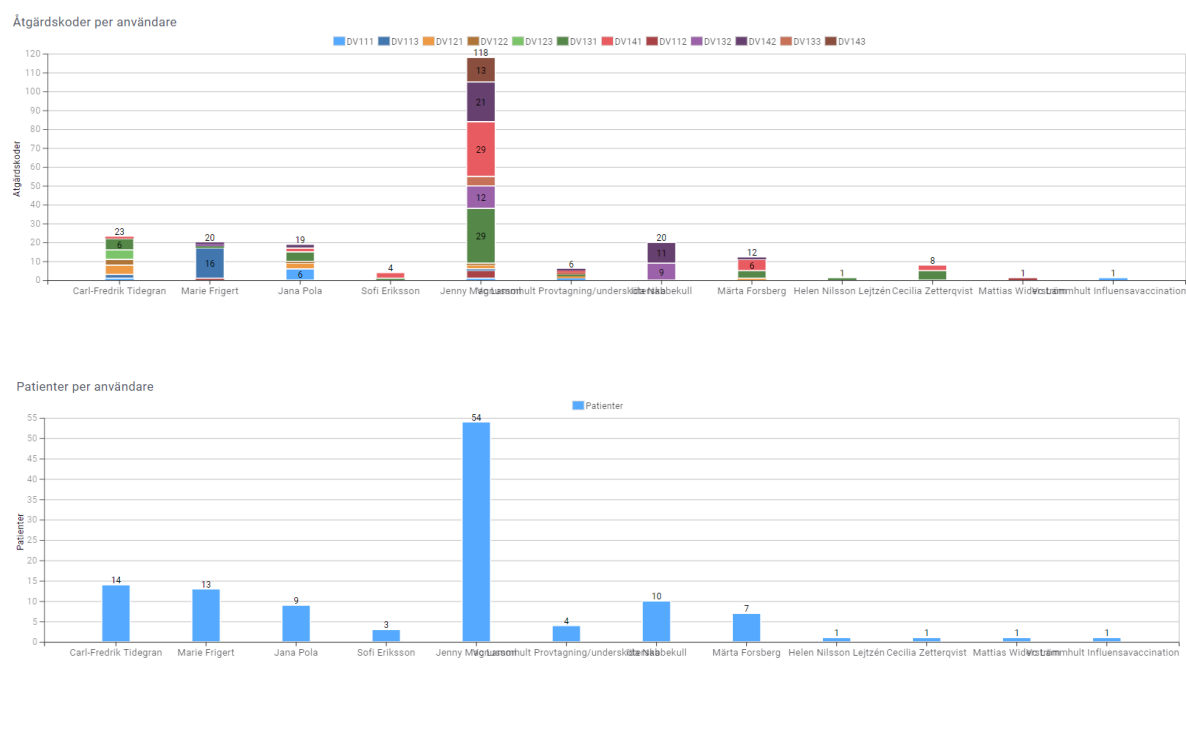
De flesta kvalificerad rådgivande samtalen ges inom tobaksanvändning främst av Astma/Kol sköterska.

Vi har ökat rådgivningen i en positiv riktning och att vi kodar mer korrekt. Och vi hoppas att det leder till sundare levnadsvanor.

Bild 1 år 2024: Antal åtgärds-koder med valt filter, uppdelning efter åtgärds-koder

Bild 2 år 2024: Antal patienten med åtgärds-kod inom valt filter enligt ingen uppdelning

Källa: Medrave



13 Förbättrad registrering av patientnära parametrar

Vårdcentral	Lenhovda
Projektbeskrivning	
Vad vill ni göra? Vi har uppmärksammat på vårdcentralen att patienters lokala parametrar såsom BMI, längd och vikt ofta saknas. Dessa parametrar är viktiga för många orsaker, både för läkemedel samt för att följa olika ohälsa- och hälsotillstånd. Dessa tillstånd kan upptäckas och följas genom att regelbundet ta dessa parametrar vilket då skulle vara gynnsamt för patienten. Hur ska ni göra det? Att i samband med provtagning och mottagningsbesök alltid ta dessa lokala patientnära parametrar såsom vikt längd och BMI. Vi har valt att använda oss av Medrave och utgår med kvantitativ datasammanställning ett år bakåt i tiden. De två patientgrupperna vi kommer titta på är Diabetes, där saknar idag 34% ett uppdaterat BMI, vilket motsvara 61 patienter, samt Hypertoni där 52% saknar ett uppdaterat BMI, vilket motsvarar 255 patienter. Hur ska ni visa hur det gick? Vi kommer jämföra med samma datasammanställning om ett halvår för att se om datainsamling och registrering av lokala patientnära parametrar har ökat.	

Projektredovisning**Tillvägagångsätt:**

Under projektet har vi använt oss av kvantitativ datainsamling via Medrave. Utgångsvärdena är från 2024-03-13 när projektet startades. Då var värdena enligt följande:

34% (vilket motsvara 61 patienter) av diabetespatienterna saknade ett uppdaterat BMI från det senaste året.

52% (vilket motsvarar 255 patienter) av hypertonipatienterna saknade ett uppdaterat BMI från det senaste året.

För att öka upp siffrorna valde vi att lägga fokus på mottagningsbesöken hos sjuksköterska och undersköterska, samt vid provtagning. Vi dessa tillfällen var vi extra uppmärksamma på om det fanns ett uppdaterat BMI och förnyade värden vid behov. Vi satte i rutin att göra detta på alla patienter, inte bara hypertoni och diabetespatienter.

Under projektets gång framkom det att det var lättare att få till en rutin att ta längd och vikt på sjuksköterskornas specialistmottagning, svårare att få till en hållbar rutin vid DS/USK-mottagning och provtagning.

Utfall:

Projektet avslutades 2024-11-13 med följande resultat:

14% (vilket motsvarar 22 patienter) av diabetespatienterna saknar ett uppdaterat BMI från det senaste året.

26% (vilket motsvarar 124 patienter) av hypertonipatienterna saknar ett uppdaterat BMI från det senaste året.

Således har värdena förbättrats med tydlig marginal. Vid några tillfällen har det observerats att BMI, längd eller vikt varit avvikande och åtgärder har vidtagits. Exempelvis har vi funnit patienter som krymp fler centimeter på längden under kort tid, patienter som tappat ofrivilligt i vikt, samt patienter som behöver hjälp till en mer hälsosam livsstil.

14 Beteendeförändring hos typ 2 diabetiker

Vårdcentral	Lessebo
Projektbeskrivning	
Bakgrund Hög prevalens av diabetiker vid Lessebo VC, drygt 500 av 8000 listade. Socioekonomiskt belastad population associerat med sämre kost, mindre motion, större andel rökare etc. Hos en stor andel av patienterna bedöms att livsstilen är den största bidragande faktorn till att vi inte når målvärden. Syfte Att möjliggöra nödvändiga livsstilsförändringar hos utvalda diabetiker med målet att få en bättre metabol kontroll och minska behovet av läkemedelsbehandling samt risken för komplikationer. Delmål • Öka patientens kunskap om livsstilens och beteendets betydelse • Ökat subjektivt välmående och livskvalitet genom beteendeförändringar. • Förbättrat HbA1c • Viktnedgång Metod Gruppintervention fördelad på fem tillfällen med start i mars 2024. Gruppstorlek 7-8 personer. Utvalda patienter med HbA1c över individuellt målvärde. 1. Uppstart. Information om upplägg. Föreläsning om diabetes. (diabetes-ssk, läkare) 2. ACT – fokus på värderad riktning. Var vill patienten vara om 20 år? (KBT-terapeuter) 3. Struktur och balans. Arbetsterapeutiska verktyg. (Arbetsterapeut) 4. Situationsanalys. Hur påverkar nuvarande beteende på kort och lång sikt? (KBT-terapeuter) 5. Uppföljning/Avslutning (KBT-terapeuter, diabetes-ssk) Utvärdering • Patientenkät EQ5D och enkät från SKR före/efter interventionen • Uppföljande besök efter 6 månader. I samband med besöket utvärderas genomförda beteendeförändringar. Vikt och HbA1c.	

Projektredovisning

Tillvägagångssätt:

Åtta patienter valdes ut och accepterade erbjudandet om gruppinterventionen. Tillfällena genomfördes med innehåll enligt planen i projektbeskrivningen med tillägg av ett moment där en sjukgymnast föreläste om vikten av fysisk aktivitet för kontroll av långtidssockret vid det tredje tillfället. De patienter som deltog fyllde i EQD5 och Kunskapsutvärderingen från SKR före och efter interventionen.

Utfall:

Två patienter deltog inte alls. Av de resterande sex patienterna genomförde tre hela interventionen. För resultat var god se tabell.

Skattningsskalor	Patient 1			Patient 2			Patient 3		
	före	efter	diff	före	efter	diff	före	efter	diff
Kunskapsutvärdering enligt SKR (skala 1-6, mycket dåliga - mycket goda)									
<i>Min kunskap om typ-2 diabetes bedömer jag som</i>	3	4	1	5	4	-1	5	4	-1
<i>Min kunskap om min medicinska behandling vid typ-2 diabetes bedömer jag som</i>	4	4	0	5	5	0	4	4	0
<i>Min kunskap om hur jag bör äta bedömer jag som</i>	4	5	1	5	5	0	3	5	2
<i>Min kunskap om den fysiska aktivitetens betydelse vid typ-2 diabetes bedömer jag som</i>	5	5	0	3	5	2	2	5	3
<i>Min kunskap om följsjukdomarna vid typ-2 diabetes bedömer jag som</i>	2	4	2	4	4	0	5	5	0
EQ-5D (Hälsotillstånd skala 1-100, sämsta tänkbara - bästa tänkbara)									
	38	75	37	60	70	10	70	80	10

Analys av bortfall och utfall

Patienter erbjöds att delta i gruppverksamhet muntligt eller via informationsbrev. Vid första tillfället gjordes en genomgång av mål, upplägg och dag/tid för gruppverksamhet, information som inte helt tydligt varit känt för deltagarna. Något åtagande från patienternas sida var inte överenskommet utan första tillfället sågs troligtvis som informationsmöte vilket till viss del kan tjäna som förklaring till att de första drog sig ur, att gruppverksamheten förlades dagtid, om än em., påverkade också att någon av de som deltog initialt inte hade möjlighet att delta.

Vid uppföljning sex månader efter avslut av gruppverksamheten kan en viss förbättrad situation för patienterna avläsas, både gällande kunskapsutveckling och skattning av nuvarande hälsotillstånd. I skrivande stund har endast en gruppdeltagare lämnat prover på HbA1c samt vikt, båda dessa mätningar var i positiv riktning alltså minskat HbA1c och minskad vikt.

Gruppen framför att det positiva med utbildningen var att se att man inte är ensam om att dels få diagnosen diabetes 2 men också att det är svårt att göra beteendeförändringar. De uppskattar också ett annat sätt att se på förändring i små steg, att förstå att det tar emot och förstå mekanismerna i att det tar emot – de vet hur det ska göra, gör det inte och det väcker skam.

Projektet startade som ett pilotprojekt av Vårdcentralen att prova att uppdra till Primärvårdsrehab med KBT-terapeuter, arbetsterapeut och fysioterapeut att leda utbildning för beteendeförändring. Sammanfattande kan vi se att de patienter som fullföljde grupputbildningen fick ett något förbättrat resultat gällande kunskap om Diabetes 2 samt ett förbättrat hälsotillstånd. De lärdomar vi i efterhand har dragit är att det initiala arbetet med överenskommelse/åtagande från patientens sida om närvaro, fullföljande av grupputbildningen samt att lämna uppföljande skattningsskalor, vikt och HbA1c är viktigt och behöver göras individuellt med deltagarna. Det är i dagsläget svårt att kalla in patienter för extra provtagningar när överenskommelse inte gjorts innan.

15 Gruppträffar för kvinnor i klimakteriet

Vårdcentral	Läkarhuset
Projektbeskrivning	
Utvärdering av kvalitetsarbete klimakteriemottagning i primärvård 2023, visade att kvinnorna utöver enskilda samtal hos specialist sköterskan även önskade gruppträff. Syftet med gruppträffen är att möta kvinnor i samma situation, hitta ett diskussionsforum där erfarenheter kan utbytas och där kvinnorna kan känna samhörighet. Utveckla gruppträff för kvinnor i klimakteriet inom primärvårdsramen. Kvinnor oavsett vårdcentralers tillhörighet mellan 45–65 år som uppvisar klimakteriebesvär bokas till vår specialistsköterska på ett 60 minuters besök. Ingången för bokning är via Tele-Q. Denna bokning tillhör numera vår rutin. Ingången till gruppträffen blir under besöket hos specialistsköterskan då gruppträff kan erbjudas som uppföljning eller som en del av uppföljningen. Gruppträffen är ett 90 minuters besök sent på eftermiddagen med fem till sju medlemmar. Bokas som gruppbesök där kostnaden är 50 kr/person. Under projektiden kommer sex till åtta gruppträffar att äga rum. Specialistsjuksköterska håller ihop gruppen och har till sin hjälp en undersköterska som är FAR-mottagare. Mötet inleds med laget runt presentation för att få en uppfattning om gruppens behov. FAR-mottagaren informerar om fysiska aktivitet som har en positiv påverkan av klimakteriebesvären. Specialist sköterskan informerar om hur klimakteriet ter sig, hur man själv kan påverka och vilken hjälp som finns att få. Under tillfället finns det kontinuerligt tid för frågor och diskussioner. För att miljön ska bli avslappnad och gemytlig serveras fika. De sista fem minuterna på mötet får varje medverkande fylla i en skriftlig utvärderingslapp. Lappen lämnas i en låda anonymt innan medlemmarna lämnar lokalen. Utvärderingarna sammanställs efter varje tillfälle för att optimera gruppbesöken under kvalitetsarbetets gång	
Bilaga. 1 Utvärdering gruppträff på Klimakteriemottagningen i primärvården: Kryssa för det alternativ som stämmer med din upplevelse, fråga ett till fyra. Sammanställning: Två grupper, 24/10 och 8/11 klockan: 1530-17 Fråga 1 Passade tiden för gruppträffen dig? Ja 9 st Nej 1 st	

Fråga 2

Tyckte du att den avsatta tiden för gruppträffen var tillräcklig för ämnet?

Ja 7 st

Nej 3 st,

Fråga 3

Tyckte du att du fick svar på dina frågor och funderingar under gruppträffen?

Ja 10

Nej

Fråga 4

Skulle du rekommendera en vän med klimakterier besvär gruppträffen?

Ja 10

Nej

Fråga 5

Saknade du något på gruppträffen? Beskriv i korta ordalag

7 gav synpunkter, exakta citat och grupperat efter likartade synpunkter

Fler grupptillfällen:

”Fler tillfällen. Kanske olika teman, tex träning, sköra slemhinnor”

”Fler tillfällen. Kan vara värdefullt att träffas flera gånger. Kanske ett förutbestämt tema?”

”Fortsättning med klimakterier skola”

”Trodde det skulle vara flera mötestillfällen. Ser gärna att vi träffas fler gånger. Det var en jättebra träff så viktigt att prata om dessa saker.”

Information

”Mer information kring ev. medicinska behandlingar”

”Det var inte tillräckligt med information, mer symtom och mer råd angående vad man kan göra åt det. Positivt med information om träning”

Tid

” lite mer diskussions tid”

Vid fråga 2 hade en person skrivit ” 2 timmar hade varit lagom med mer tid för diskussion”

Projektreddovisning

Tillvägagångssätt:

Under vår- och /sommar fanns ingen möjlighet att erbjuda gruppträffar på grund av personalbrist. Information om gruppträffarna och erbjudande om medverkan gavs. De som uppgett intresse tackade nej när vi ringde upp i början av september.

Det blev två grupper med fem deltagare/grupp klockan 15:30-17. Alla tio deltagarna svarade på frågorna 1–4. Fråga 5 (som var en öppen fråga angående om något saknades på gruppträffen) besvarades av sju deltagare. Eftersom det blev få grupper och båda grupperna låg som alternativ för bokning samtidigt ändrades inte innehållet efter första gruppträffen. Övriga kriterier för gruppträffarna behölls.

Utfall:

Sammanställning av enkätsvaren (se Bilaga 1): Alla utom en ansåg att tiden för gruppträffen passade. Tre ansåg att tiden inte var tillräcklig. Alla svarade att de fick svar på sina frågor och funderingar samt att de skulle rekommendera en vän att medverka.

På den öppna frågan gav sju deltagare synpunkter samt en av dessa gav även synpunkter under fråga 2., vilket medräknas denna sammanställningen. Fyra deltagare önskade fler tillfällen och två deltagare ville ha olika tema för träffarna. En av dessa deltagare föreslog tema kring träning och sköra slemhinnor.

Två deltagare önskade mer information. En av dessa deltagare uppgav medicinska behandlingar. Den andre ville ha mer information angående symtom och åtgärder men uppgav samtidigt att det var positivt med informationen om träning.

Två deltagare uppgav att tiden för diskussion var för kort. Den ena deltagaren tyckte att avsatt tid borde varit två timmar.

Sammanfattning:

Syftet med gruppträffen var att möta kvinnor i samma situation, utbyta erfarenheter och känna samhörighet. Enkätsvarens riktning tydde på att kvinnorna upplevde detta på träffen. men att formen för gruppträffarna behöver vidareutvecklas.

Som ett bifynd upptäckts att gruppträffarna behöver vara i närtid efter det enskilda besöket på klimakterie-mottagningen.

16 Trygg övergång från barnhälsovården till elevhälsan

Vårdcentral	Markaryd
Projektbeskrivning	
Samverkan för en trygg övergång från barnhälsovården till elevhälsan Personalen på BVC och skolsköterskorna i kommunen upplever att det finns utvecklingspotential kring överlämningen inför skolstarten. Familjerna följs ganska tät inom BVC, medan uppföljningarna inom elevhälsan är mycket glesare och mer riktade. BVC sköterskorna kan ofta identifiera barn som troligen i framtiden kommer få svårigheter i skola samt att de tidigt kan anar ett behov av utökat stöd eller tidiga insatser via skolan. Den informationen förmedlas dock inte på ett bra sätt till skolsköterskorna, vilket leder till att många barn får ganska sent kontakt med Elevhälsan. Dessutom finns inte samma förtroende mellan familjerna och skolsköterskan, som det finns mellan familjerna och BVC-sköterskorna som har följt barnet sedan födseln. Vi ska nu utöka vårt samarbete mellan BVC och Elevhälsan. Målet är att införa ett nytt arbetssätt för att säkerställa att det etableras en plan inom ramen för Kronobarnsmodellen för barn med särskilda behov. Vi ser ett behov av ett relationsskapande, gemensamt möte med BVC/skolhälsovården och familjer enl Kronobarnsmodellen (behovsorienterad) inför skolstarten. Målgruppen är familjer där föräldrar har någon form av diagnos (NP, psykisk ohälsa, Missbruk) som riskera påverkar barnet, familjer med komplex familjesituation (ekonomi, separation, flytt mm) och barn med avvikelser i följsamhet till BHV programmet (Uteblivna kontakter, Många kontakter, mycket behov av samordning med andra aktörer). Detta behöver dock definieras tydligare. Under våren kommer ett gemensamt arbetssätt utvecklas där familjer ska bjudas in till ett gemensamt möte med skolsköterskan inför skolstart. Elevhälsan startar barnens plan redan innan barnet är inskrivet i skolan och säkerställer tidiga uppföljningar i förskoleklassen. BVC sköterskorna kommer identifiera familjerna med särskilda behov i samband med 5års kontrollen. Under april månad kommer Sköterskorna att identifiera familjer i målgruppen. Skolsköterskorna bjuds in till ett gemensamt möte med familjerna i juni där barnensplan upprättas gemensamt. Målsättningen är att första omgången av familjer då lämnas över på ett tryggt sätt till skolan.	

Projektredovisning

Under våren 2024 har vi enbart haft ett gemensamt möte enligt ovan i samverkan mellan Skolhälsovården och BVC. Mötet upplevdes som givande.

Ytterligare möte har erbjudits till en familj som dock inte såg behovet utan man var nöjd med överlämningen som hade skedd utan ett gemensamt möte.

I en uppföljande dialog med inblandade aktörer kommer fram till att överlämningar mellan förskolan och skolan är så pass omfattande och trygghetsskapande för familjerna, att ytterligare engagemang av BVC-personalen eller läkare i princip inte har efterfrågats av varken personal eller familjer.

Beslut har fattats att ansvaret för att kalla till ett gemensamt möte inom ramen för Kronobarnsmodellen ligger i fortsättningen på skolan som tar emot barnet. Vid familjens önskemål eller om förskolan eller skolan ser behov, så kontaktas BVC personalen som självklart delta i dessa möten.

BVC personalen har inte upplevt att det har saknats ett forum för interaktion, vilket också kan beror på en bättre kommunikation mellan förskolan och BVC där man redan tidigt i barnens liv skapar en samsyn kring barnets och familjens situation.

Sammanfattningsvis har behovet helt enkelt inte funnits som förväntat, men dialogerna har ledd till ett utökat samarbete för BVC personalen kan tillkallas vid överlämningar om behovet uppstår.

17 Minskad förskrivning av antibiotika

Vårdcentral	Praktikertjänst Ljungby vårdcentral
Projektbeskrivning	
Vad vill ni göra? Ta ett samlat grepp om vårdcentralens antibiotikaförskrivning som involverar alla yrkeskategorier på vårdcentralen. Gemensamt arbeta utifrån den handlingsplan som tagits fram av vårdcentralen för att minska antibiotikaförskrivningen på sikt. Hur ska ni göra det? Skapa en arbetsgrupp bestående av verksamhetschef, MLA, distriktssköterska och undersköterska. Kontinuerligt träffas (varannan vecka) och säkerställa att vi följer den handlingsplan som tagits fram av vårdcentralen. 2024-03-20. Diskutera handlingsplanen och den statistik som framkommer under resans gång. Eventuellt revidera handlingsplanen och lägga till moment som vi anser viktiga för att nå målen om minskad total förskrivning. Hur ska ni visa hur det gick? Sammanställa i vilken utsträckning vi förskriver antibiotika sorterat på ålderskategori/ typ av antibiotika. Sammanställa vilken typ av förskrivning som avviker från övriga vårdcentralers förskrivning. Redovisa vårdcentralens antibiotikaförskrivning för perioden 20240401 – 20241031 och jämföra med samma period föregående år.	

Projektredovisning

Vi på Ljungby Vårdcentral har gemensamt arbetat med vårdcentralens antibiotikaförskrivning enligt handlingsplan som beslutades av verksamhetschef samt dåvarande MLA Jonas Orve 2024-03-21.

Vi har haft en arbetsgrupp, med samtliga yrkeskategorier representerade med kontinuerliga träffar där resultat har redovisats och säkerställt att vi arbetar enligt överenskommen plan.

Handlingsplanen har omfattat: Utbildning för personal, Informationsmaterial till patienter, Att arbeta för kontinuitet i personalgruppen. Att specifikt anställa och behålla fasta distriktsläkare. Samt följa antibiotikaförskrivningen statistiskt.

Resultat:

Nedanstående tre tabeller sammanställer resultatet över total antibiotikaförskrivning på vår enhet, Förskrivning fördelat på ålderskategori samt typ av antibiotika som förskrivits. Jämfört med 2023 har enheten minskat listningen med i snitt -7,5% vilket man behöver ta med i beräkning. Dvs antal recept bör minska bara av den anledningen men de siffror resultaten visar är betydligt större än så.

Total antibiotikaförskrivning på enheten	2023	2024	
Antal recept Apr-Okt	683	410	-40%

Fördelat på ålder	80+	65-79	40-65	20-39	0-19
Antal recept 2024	85 (-24,8%)	136 (-30,3%)	115 (-42,2%)	46 (-47,1%)	28 (-68,5%)
Antal recept 2023	113	195	199	87	89

Antal recept apr-okt	2024	2023
Hud-Mjukdelsantibiotika	47 (-28,8%)	66
Luftvägsantibiotika	138 (-53,4%)	296
Urinvägsantibiotika	156 (-34,2%)	237

Resultatet visar att vi är på god väg att nå vårt mål om att minska antibiotikaförskrivningen till de målvärden som finns uppsatta i Region Kronoberg. Enligt 12-månaders löpande kvalitetsparametern ser vi en tydligt nedåtgående trend men att det fortfarande finns en del kvar innan vi är nere på målvärdet. Vi ser i resultatet att de arbetet vi påbörjat har givit resultat inom samtliga åldersgrupper och för alla typer av antibiotika.

Jämförelse:

I jämförelserna mellan ålderskategorierna med regionens övriga mottagningar har vi inte kunnat hitta något avvikande i vår förskrivning.

Vår förskrivning apr-okt visar följande fördelning mellan olika antibiotikagrupper.

Urinvägsantibiotika 38%

Luftvägsantibiotika 33%

Hudantibiotika 11,5%

Jämför vi detta med övriga enheter ser vi att vi ligger på en högre andel urinvägsantibiotika och lägre andel luftvägsantibiotika. Fördelningen i regionen i stort är ungefär: luftvägsantibiotika 40% och urinvägsantibiotika 30%.

En del av förklaringen till denna fördelning är troligtvis att vi har en högre andel patienter 80+. I denna ålderskategori är förskrivningen normalt fördelad med övervikt urinvägsantibiotika. Sett i hela Regionen förskrivs ungefär dubbelt så många recept för urinvägsantibiotika jämfört med luftvägsantibiotika för denna patientkategori.

6,7% av regionen invånare är 80+ medan vi på vår enhet har 10,9% listade i denna ålderskategori.

Arbetet har gett lyckat resultat och kraftigt nedåtgående trend i vår förskrivning. Vi ser att luftvägsantibiotikan har minskat mest och framförallt för yngre patienter.

18 Planare glukoskurvor

Vårdcentral	Prima vård söder
Projektbeskrivning	
Projektet utgår från boken ”Glukosrevolutionen”, vilken fångat vårt intresse. Boken bygger på forskning och inspirerar till att med enkla ”life hacks” plana ut glukoskurvor. Inchauspé, (2022) skriver att planare glukoskurvor leder till minskad insulinfrisättning och i längden viktnedgång. Frånvaro av glukostoppar minskar även inflammation i kroppen som ligger till grund för många kroniska sjukdomar. Några ”life hacks” som nämns är: Ät maten i rätt ordning (fibrer, protein/fett sist kolhydrater), lägg till en grön förrätt, rörelse efter maten, drick vinäger i samband med måltid. Detta skapade stor nyfikenhet hos oss och frågan vi ställde oss var: kan dessa ”life hacks” hjälpa våra patienter? Mål: Vårt mål är att undersöka om dessa enkla ”life hacks” kan ge våra patienter planare glukoskurvor som på sikt ger sänkt hba1c, viktnedgång och ökat välbefinnande. Metod: Vi erbjuder 10-15 patienter med typ 2 diabetes/prediabetes. De får information om målet med projektet samt ”life hacksen”. Deltagarna får lämna vikt och hba1c före start. De får även ”life hacksen” i skriftligt format med sig hem. Utvärdering sker efter 8 veckor genom nytt hba1c, vikt samt frågor om deltagarna märkt någon förändring av sitt mående relaterat till ”life hacksen”. Referenser: Inchauspé, J. (2022) <i>Glukosrevolutionen. Balansera blodsockret och förändra ditt liv.</i> (C, Nunstedt, Övers.)(our life books. (Originalutgåvan publicerad 2022)	

Projektredovisning

Tillvägagångssätt:

Vi bjöd in patienter att delta i projekt. 16 stycken accepterade och deltog. De fick enkel muntlig information samt en skriftlig broschyr med enkel information om varje knep. De fick även en inplastad sticka med de 8 knepen att sätta på kylskåpet som påminnelse (se bilaga 1,2). Patienterna lämnade vikt och HbA1c före projektstart. De blev efter 8 veckor uppmanade att komma och lämna nytt HbA1c och vikt. Därefter ringde vi upp dem och ställde följande frågor:

Har du använt dig av knepen och i så fall hur många?

Har du upplevt någon skillnad i ditt mående?

Kommer du fortsätta använda dig av knepen?

Utfall:

Det varierade mellan deltagarna hur många knep man valde att använda sig av. Ingen använde sig av alla, flest använde sig av 2 knep. De knep som användes av flest var 1-5.

Antal använda knep	Antal patienter
1 knep	2
2 knep	5
3 knep	3
4 knep	3
5 knep	1
6 knep	0
7 knep	2
8 knep	0

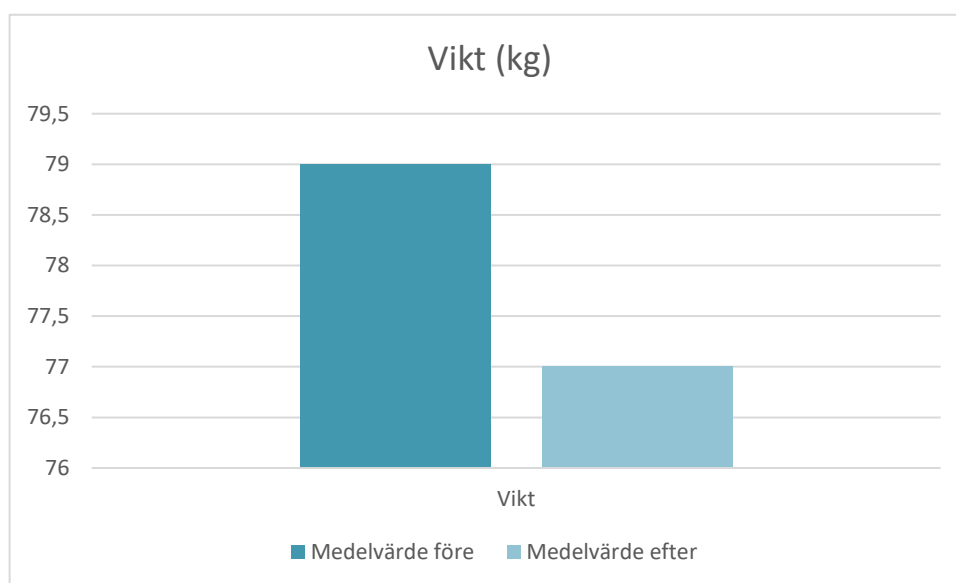
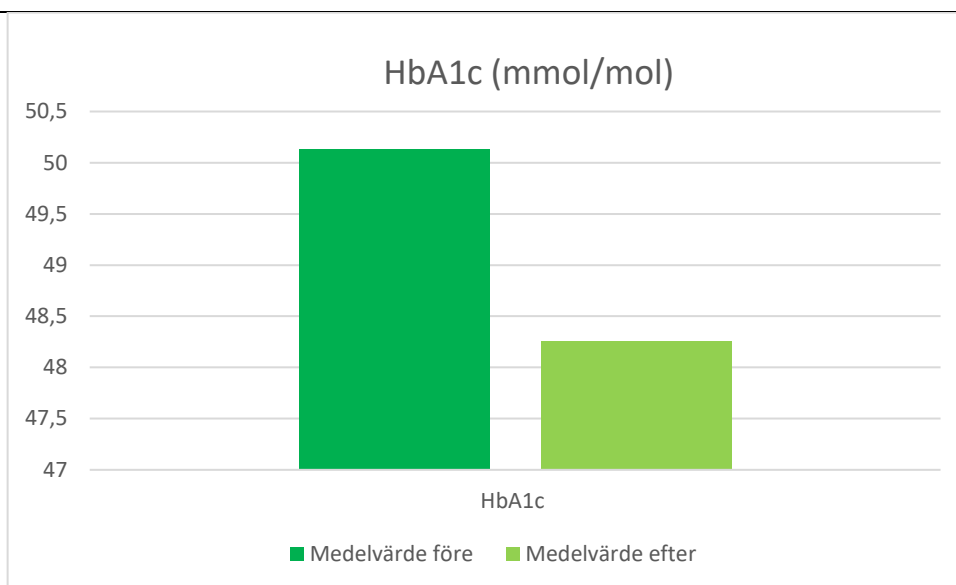
Majoriteten av deltagarna kände sig piggare och mer välmående medans några inte kände någon skillnad alls. Samtliga deltagare uppgav att de kommer fortsätta med vissa av knepen.

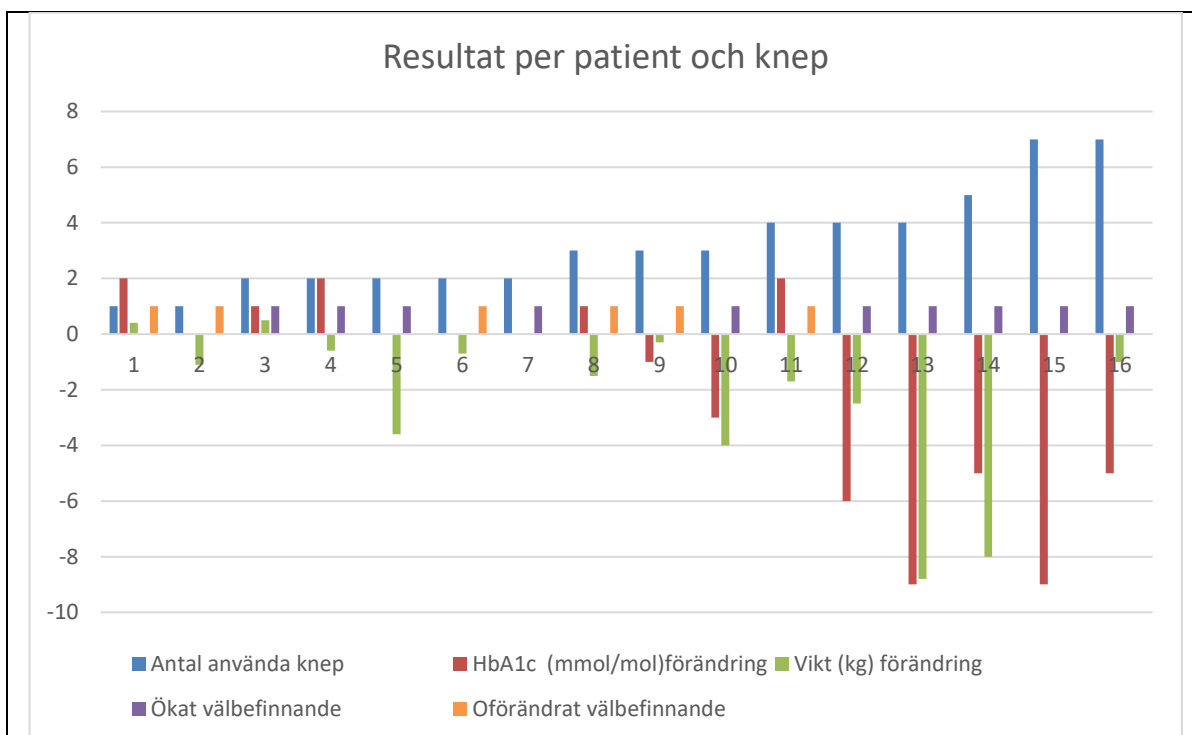
”Jag kände tydligt snabb skillnad. Jag blev piggare, mättare snabbare och åt mindre.”

”Jag känner mig piggare när jag äter ett mellanmål istället för sött. Jag behöver ej vila middag längre.”

”Jag känner mig lite piggare och har fått bättre blodtryck.”

Efter 8 veckor sågs en sänkning av medelvärdet på HbA1c med 1,88 mmol/mol och en sänkning av medelvikten på 2 kg. HbA1c-förändringen mellan deltagarna pendlade dock från + 2mmol/mol till -9 mmol/mol. Viktförändringen varierade mellan +0,5 kg till -8,8 kg.





I diagrammet framgår det att fler antal använda knep gav en större sänkning av vikt och HbA1c. Tio patienter upplevde ett ökat välbefinnande av att använda sig av knepen, sex patienter upplevde ingen förändring. Ingen uppgav försämring i sitt välbefinnande

Slutsats: Resultatet visar positiv förändring av HbA1c, vikt och mående. Knepen upplevdes av deltagarna som enkla att förhålla sig till.

Utmaningen är som alltid att motivera diabetespatienter till livsstilsförändring. Denna förändring är förhållandevis liten och enkel att följa vilket gjorde att de flesta tillfrågade valde att delta. De vore intressant att fortsätta följa upp långtidseffekten av knepen.

19 Astmapatienters upplevelse av egenmonitorering med AsthmaTuner

Vårdcentral	Rottne
Projektbeskrivning	
Vad vill ni göra? Undersöka astmapatienternas upplevelse av egenmonitorering med AsthmaTuner som är en digital applikation med tillhörande spirometri. Förhoppningen är att patienterna med hjälp av detta verktyg få en bättre astmakontroll och på så vis en högre livskvalitet. Det är upplevelsen av egenmonitorering som vi vill undersöka, inte just AsthmaTuner. Vad är problem idag? Patienter använder inte sin underhållsbehandling med inhalationer utan enbart korttidsbehandling, de slutar när de tycker att de mår bättre. Eftersom patienten inte har tillräcklig kontroll över sin sjukdom upptäcks försämringar för sent vilket i sin ut innebär en onödig försämring av symtom som skulle kunnat ha förebyggts med rätt behandling. Försämringar som skulle kunnat förebyggas förutom en försämrad livskvalitet hos patienten även en ökad belastning på akutsjukvården. Hur ska ni göra det? Utse lämplig patientgrupp genom att ta fram uppgifter från Medrave. I första patienter över 18 år, eller yngre med då med stöttning av vårdnadshavare. Patienten ska även ha ett AKT-värde på 20 eller lägre för att tillhöra lämplig grupp. Patientinformation lämnas muntligt samt skriftligt och kommer även finnas digitalt. Hur ska ni visa hur det gick? Vi kommer utvärdera genom frågeformulär med fokus på patientens upplevelse av självständighet och trygghet.	

Projektreddovisning

Frågeformulär skickades ut till de 94 patienterna med astmadiagnos som i oktober var anslutna till verktyget med spirometer och telefonapplikation för egenmonitorering.

Tre olika frågeformulär skickades ut beroende på användningsfrekvens med följande spridning:

65 st fick formulär 1 (använt något av verktygen minst 4 gånger) varav 41 svar.

Upplevelsen bland dessa patienter är att egenmonitoreringen är ett värdefullt stöd som underlättar justering av behandlingen vilket ger ökad kontroll över måendet och vardagen som astmatiker. Enkäten visar att merparten av patienterna anser att verktyget fungerar bra och vill fortsatt använda det. 3 personer önskade att inte fortsätta med egenmonitoreringen. Tryggheten gällande astma har ökat och flera uttrycker att de blivit bättre på att följa behandlingsrekommendationen och ta sin medicinering. Patienter uttrycker även att det varit lättare att justera sin behandling och praktiskt att kunna genomföra spirometri hemifrån.

20 st fick formulär 2 (använt något av verktygen 1-3 gånger) varav 11 st svar.

Dessa patienter upplevde något sämre kontroll över sin astma. 5 av 11 förstod inte hur de skulle gå till väga, 1 har tappat intresse och 5 svarade att de för närvarande mår bra men vill kunna använda egenmonitoreringen vid försämring.

9 st fick formulär 3 (aldrig använt något av verktygen) varav 5 st svar.

I den här gruppen var det fler som upplevde att de hade kontroll över sin astma. 2 svarade att de mår bra och inte har behov av egenmonitorering, 2 svarade att de mår bra nu men att de vill ha möjlighet till egenmonitorering vid försämring. 1 hade tappat intresset.

Sammanfattningsvis kan vi se att de flesta är nöjda och upplever en ökad kontroll över sin behandling. Vi avgränsade oss inte till annat än diagnosen astma i projektet vilket medfört att vi statat upp monitorering på patienter som inte varit motiverad eller haft behov av det. Vi ser även behov av ytterligare information till patienterna som inte har förstått hur egenmonitoreringen ska gå till.

20 Förbättrad kvalitet runt sårvården med RiksSår och sårvårdsplan

Vårdcentral	Ryd
Projektbeskrivning	
Vårdcentralen Ryd i samverkan med HSV i Ryd och Urshult i Tingsryd kommun vill förbättra kvalitén runt sårvården med hjälp av RiksSår och sårvårdsplaner för våra patienter. Att dokumentera i RiksSår och i sårvårdsplaner räknar vi ska öka kvalitén och kompetensen tillsammans på båda enheterna och skapa en sömlös vård kring våra patienter. Ger oss en bättre översyn vilka material som vi behöver använda runt sårvården för att få bästa resultat för våra patienter. Tanken är även att arbetet ska ha ett RAK-perspektiv, då man ska arbeta i patientbundna team på enheten med dsk/usk som samverkar runt våra komplicerade sårpatienter. En första gemensam träff med ssk från HSV, SSK och usk från vårdcentralen Ryd tillsammans med regionens representant runt sårvård Maria Broström har genomförts för att inhämta information om RIKSSÅR. Därefter genomfördes en träff för planerandet av den utökade sårvården på vårdcentralen med usk och ssk/dsk. En lokal rutin och checklista för besöken ska upprättas. Man planerar även in en utbildning där dsk/ssk och usk på vårdcentralen går igenom AAI och lindning av ben för att alla ska ha kompetens i dessa arbetsuppgifter. Dialog förts mellan dsk som är ansvarig för sårvården på vårdcentralen och ssk HSV för hur samarbete kan ske genom gemensamma hembesök till patienter för att lägga upp planer för sårvården gemensamt. En ny träff med HSV från kommunen planeras in för vidare planering. Uppföljning kommer att ske genom att mäta följande parametrar - Hur många fall har registrerats i RiksSår före den 1/3, och hur många är registrerade den 31/10 - Hur många sårvårdsplaner hade vi genomfört på enheten innan den 1/3 och hur många sårvårdsplaner har upprättats den 31/10? - Hur många hembesök gällande gemensam sårvård har man från vårdcentralens sida genomfört med kommunens HSV under perioden 1 mars – 31 oktober? - Hur många utökade sårvårdsbesök har genomförts under perioden 1 mars – 31 oktober	

Projektredovisning
Vi startade upp arbetet med en gemensam träff för kommunens ssk och regionens ssk och usk för att ha en gemensam grund att stå på. Detta följde vi upp med ytterligare en träff inom egna verksamheten mellan ssk och usk där man hade en genomgång inför arbetets planerade gång och vilket resultat man hoppas uppnå med RAK-arbetet inom verksamheten. Två av våra distriktsköterskor på enheten har varit ledande i arbetet, varav en är mer inriktad mot sårvården i verksamheten. Det är dessa distriktsköterskor som utsett de patienter som varit aktuella för de utökade sårbesöken där

båda professioner medverkar (ssk och usk) och det är de som ansvarat för det första besöket inom verksamheten för patienterna. Det är även de som i kommunikation med HSV i kommunen utfört de gemensamma hembesöken som man kunnat utföra under denna tidsperiod. DSK och SSK har ansvarat för att dokumentera i RIKSSÅR och även ansvarat för att skapa IVP Lokal sårbehandling som man gemensamt på enheten arbetat utefter.

Sedan uppstarten av arbetet har vi sett dessa resultat:

- Vid början av arbetet hade vi registrerat ett fall i RIKSSÅR som skapades i januari 2024, och efter kontroll 7/11 så har vi registrerat in nio patienter och deras planering i RIKSSÅR. Dessa patienter har vid kontroll varit jämnt fördelad mellan kön, fem män och 4 kvinnor.
- Gällande sårvårdsplaner i Cosmic så har vi sett att det inte antecknas under sårvårdsplan utan det finns två olika vårdtjänster man kan använda: sårvårdsmallen och IVP lokal sårbehandling. Därför har vi genomfört en kontroll av anteckningar i IVP lokal sårbehandling och sårvårdsmallen som man kan använda i systemet. Vi gjorde en mätning mellan tiden juli 2023 – feb 2024 som är åtta månader och under denna tid använde man på enheten sårvårdsmallen i tre anteckningar och IVP Lokal sårbehandling använde man inte alls.

Vid ny mätning för tiden 1 mars- 31 oktober som också är åtta månader så använde man sårvårdsmallen i 41 olika anteckningar och IVP Lokal sårbehandling användes i 108 olika anteckningar.

- Det har även genomförts sex stycken hembesök där distriktssköterska från regionen tillsammans med sjuksköterska eller HSL-undersköterska i kommunen varit hemma hos patient för omläggning och vidare instruktioner och planering runt specifik såromläggning så att kommunens HSV har kunnat ansvara för vidare besök.
- Inom verksamheten har det genomförts sex stycken utökade sårbesök, där både distriktssköterska och undersköterska varit med på första mötet, sedan har undersköterskan tagit över själva omläggningen vid 2 - 3 tillfällen. Därefter åter till distriktssköterska på ett besök för vidare kontroll och planering runt såromläggningen.

Det man kan se inom verksamhetens arbete är att det inte är enbart de utökade sårbesöken och omläggningarna som usk-mottagningen har arbetat med. Detta arbete har utökat undersköterskornas kompetens inom sårvård i stort och de har känt sig mer bekväma och har kunnat ta även andra sår självständigt som ej var så komplexa, men som ändå tidigare i verksamheten bokats in på dsk mottagningen vilket skapat större utrymme i verksamheten för dsk-mottagningen att ta emot andra patienter. Man har blivit bättre på att föra en enhetlig dokumentation runt sårvården på enheten och detta har underlättat för både patient och medarbetare.

Det vi även kunnat se under utvärderingen är att det varit svårt att hålla uppe kapaciteten runt detta arbete under sommarmånaderna då man gick ner i bemanning och usk-mottagning i stort var vilande. Då återgick många besök till dsk-mottagning. Efter sommaren så har vi endast haft en patient som har kunnat ingå i vårt kvalitetsarbete och vi fick inte in några andra mer komplexa sår under tiden september till mitten av oktober.

21 Individuell återkoppling angående antibiotikaförskrivning

Vårdcentral	Skärvet
Projektbeskrivning	
Vad vill vi göra? Årets kvalitetsarbete kommer att handla om antibiotikaförskrivning. Under pandemin fick Skärvet, liksom många andra enheter, en fin nedgång i statistiken, troligen mycket tack vare ett ändrat sökbeteende hos våra patienter i kombination med en minskad smittspridning i samhället. Efter pandemin har vår samlade förskrivning åter ökat, möjligen beroende på en återgång till tidigare sökvanor hos våra patienter, samt ett ändrat epidemiologiskt läge med ökad smittspridning av andra patogener än SARS-CoV-2. Men kanske även p.g.a. en stor andel hyrläkare. Våra syften blir därför att dels försöka förstå orsaken till ökningen, och dels undersöka om vi kan påverka läkarnas förskrivning genom individuell återkoppling avseende förskrivningsmönster och följsamhet till nationella riktlinjer. Hur ska vi göra det? Vi tror att all nödvändig statistik, både för förskrivning och söktryck (mätt som antal diagnoser per 1000 listade), går att hämta ut från MedRave, t.ex. genom modulen ”djupdykning” eller ”Primärvårds kvalitet”. Vi har även kontaktat Processtöd för att höra om de kan bistå med ytterligare statistik vid behov. För den individuella återkopplingen kommer vi att snegla på VG-regionens befintliga STRAMA-material. Vår MLA kommer att sitta ned en timme med varje läkare och ge individuell återkoppling i ett reflekterande samtal, understött av ovanstående statistik samt STRAMA-häftet. I slutet av projektperioden kommer vi att ta fram statistik på nytt och jämföra med utgångsläget. Vi kommer, om möjligt, även att ta fram statistik för något år bakåt i tiden för att undersöka längre tidstrender i diagnossättning och förskrivning. Vi har ingen metod som kan svara på om den individuella återkopplingen gör skillnad, men i det fall läkarna arbetar kvar om 3 mån kommer de att få svara på en kort enkät och fundera på om de ändrat sitt arbetssätt efter återkopplingen. Hur ska vi visa hur det gick? Förskrivningsdata och diagnosdata (både total och per infektionsgrupp, samt relativa mått avseende andelen patienter med förskrivning och andelen antibiotika som är förstahandsantibiotika) kommer att presenteras i tabellform och som grafer, och redovisas som antal per 1000 listade. Jämförande tal mellan utgångsläge och slutläge kommer att presenteras. Vi kommer inte att redovisa förskrivningsdata på individnivå, däremot möjligen uppdelat på hyrläkare/icke-hyrläkare om dessa siffror verkar relevanta. Läkarnas svar på enkätfrågorna kommer att redovisas samlat för alla läkare.	

Projektredovisning

Tillvägagångssätt

Individuella samtal

Under mars och början av april höll MLA individuella möten med samtliga fast anställda läkare och de tre hyrläkare som då befann sig på långa linjer (dessa hyrläkare arbetade sedan t.o.m. augusti eller september). Mötena var en timme långa och utgick från statistik i MedRave. Tyvärr fanns endast begränsad individuell data att tillgå, däribland tonsillit-översikten och vissa djupdykningar, så det mesta av statistiken visades på övergripande enhetsnivå. Utifrån data om t.ex. förekomst av olika infektioner, andelen patienter som antibiotikabehandlas, andelen patienter som får förstahandsantibiotika, etc., hölls ett utforskande, reflekterande samtal med varje läkare, där läkaren fick chans att fundera över siffrornas innebörd, samt berätta hur den själv resonerar i olika situationer. Vid mötena visades även STRAMA-häftet på skärmen som samtalsunderlag kring följsamhet.

Enkät

På grund av stor läkaromsättning har det inte varit möjligt eller meningsfullt att genomföra en enkätundersökning.

Statistik

Data om total antibiotikaförskrivning hämtades från QlickView. Övrig data hämtades från MedRave. MedRave saknar möjlighet att visa total antibiotikaförskrivning, och detsamma gäller den totala förekomsten av olika infektions-diagnoser. Det finns ingen självklar funktion i MedRave för att följa antalet förskrivningar eller diagnoser månad för månad.

Resultat

Individuella samtal

De flesta läkarna ansåg att de redan skötte sig bra avseende antibiotikaförskrivning. Eventuella avsteg från riktlinjer bortförklarades på olika sätt. En del läkare blev förvånade och bad MLA att ta fram enskilda patientjournaler för att undersöka orsaken; i vissa fall kunde man då se en rimlig förklaring, men i andra inte. Ingen läkare erkände rakt ut att den var liberal i sin förskrivning. Många ansåg dock att de gjorde korrekta bedömningar i varje patientmöte, och att eventuella avsteg från riktlinjerna var motiverade.

Det blev tydligt under samtalen att hyrläkarna står för en klar majoritet av förskrivningarna som avviker från riktlinjerna. Samtidigt tar hyrläkarna hand om merparten av infektionsbesöken.

Antalet uthämtade recept per 1000 listade

Detta samlade mått på total antibiotikaförskrivning visar att förskrivningen gått från 285 i mars till 333 under september. En längre tidsserie visar dessutom att mars utgjorde ett tillfälligt hack i kurvan och att vi stadigt ökat från 246 för två år sedan (Bilaga 1).

Förekomst av olika infektionssjukdomar över tid

Med hjälp av Primärvårdskvalitet i MedRave fick vi fram en graf över vanliga infektionsdiagnoser över tid (Bilaga 2–4). Här blir det tydligt att många luftvägsinfektioner blivit vanligare det senaste året.

Andelen patienter som förskrivs antibiotika (förändring de senaste 6 mån)

- Cystit: 76 % till 81 % (68 % av dessa recept var från hyrläkare)
- ÖLI: 11 % till 15 % (85 % av dessa recept var från hyrläkare)
- Bronkit: 40 % till 43 % (93 % av dessa recept var från hyrläkare)
- Sinuit: 82 % till 80 % (90 % av dessa recept var från hyrläkare)

Vi såg även för flertalet infektionstyper att andelen patienter utan antibiotika minskade, samt att andelen med icke-rekommenderade antibiotika ökade.

Diskussion

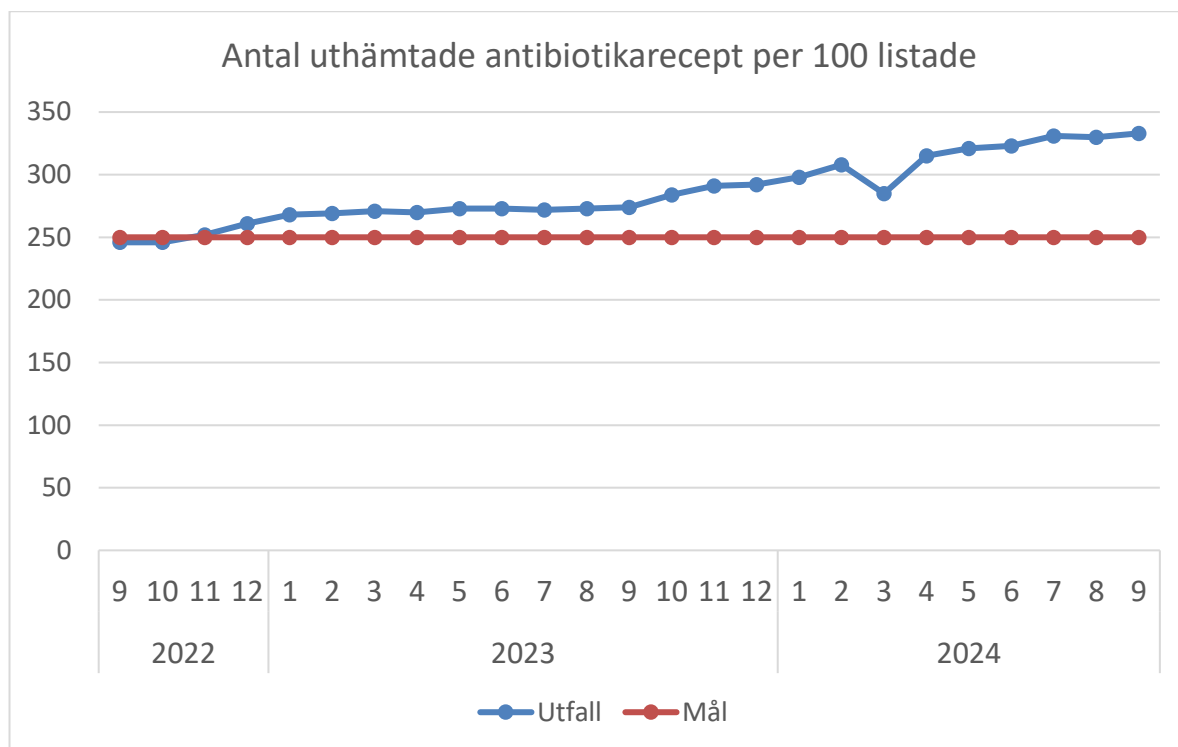
Efter pandemin har vi sett ett ökat söktryck för infektioner. Det talas om en ”infektionsskuld” som kan förklaras av minskad immunitet samt ökad exponering i och med att samhället öppnat upp mer igen. När antalet infektionsdiagnoser ökar, förväntas antalet antibiotikarecept att följa med upp, givet att andelen patienter som behandlas hålls konstant.

Hyrläkarna träffar en klar majoritet av våra infektionspatienter, vilket borde avspeglas i förskrivningsstatistiken. Dock finns det vissa tecken på att hyrläkarna är mer liberala i sin förskrivning, avseende t.ex. preparatval och andelen patienter som får behandling (data ej redovisad ovan av utrymmesskäl). En förklaring kan vara bristande fortbildning. En annan kan handla om bekvämlighet – det går mycket snabbare att klara av ett besök om man skriver antibiotika och skickar iväg patienten (jämfört med att ta sig tid att informera om varför man avstår förskrivning).

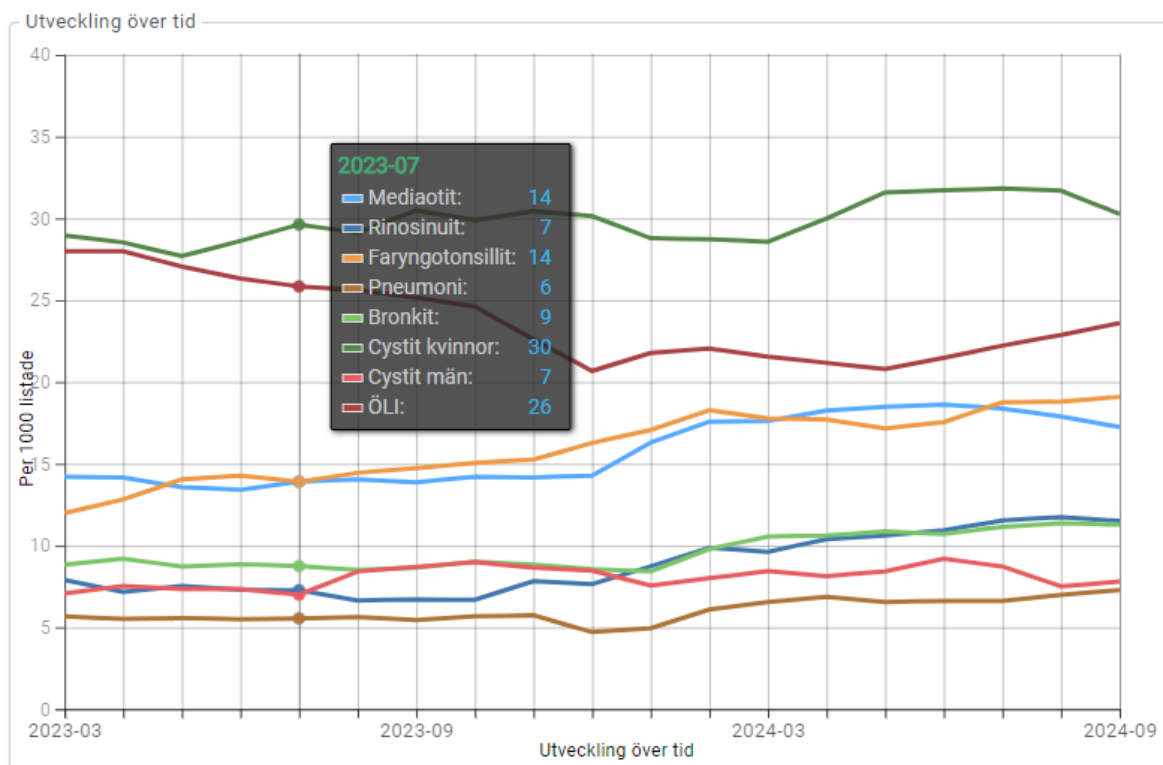
De individuella samtalen verkar inte ha haft någon större effekt. Det fanns alldeles för lite individdata att dyka ner på, och det var därför svårt att jämföra läkarna med varandra och diskutera skillnader. Data på enhetsnivå blev troligen för abstrakt, eller nådde inte fram till den enskilde läkaren, och ingen verkar ha känt sig träffad.

Slutsats

Om man tror att hyrläkarna driver förskrivningen av antibiotika, så är en enkel lösning att styra infektionspatienterna till fast personal så långt det är möjligt. Om man ska ha individuella samtal är det nödvändigt med tydlig data på individnivå, så att man jämföra läkarna med varandra och med genomsnittet, men även ta hänsyn till mängden infektionspatienter som man träffar.

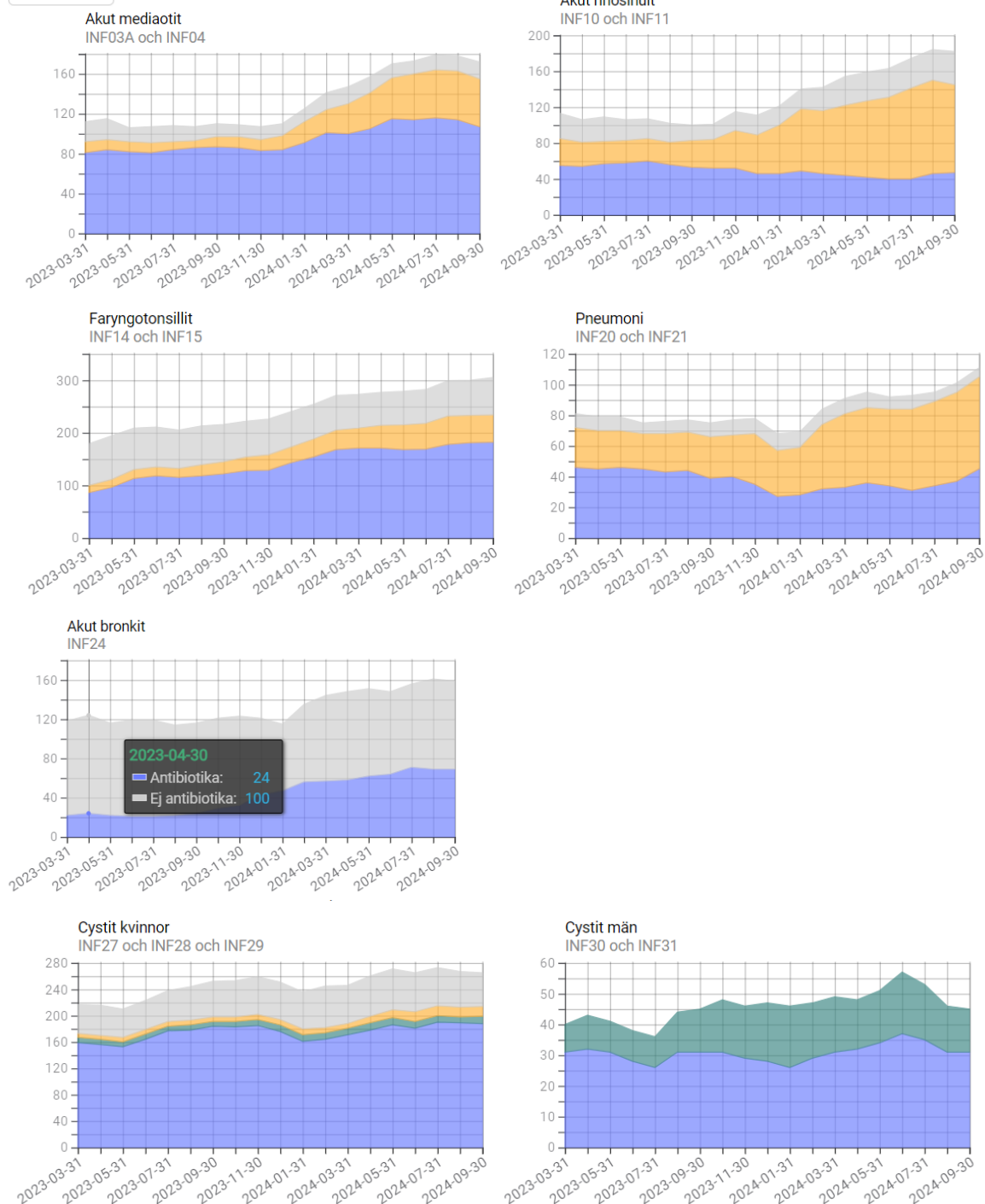


Bilaga 2. Förekomst av vanliga infektioner senaste 12 månaderna

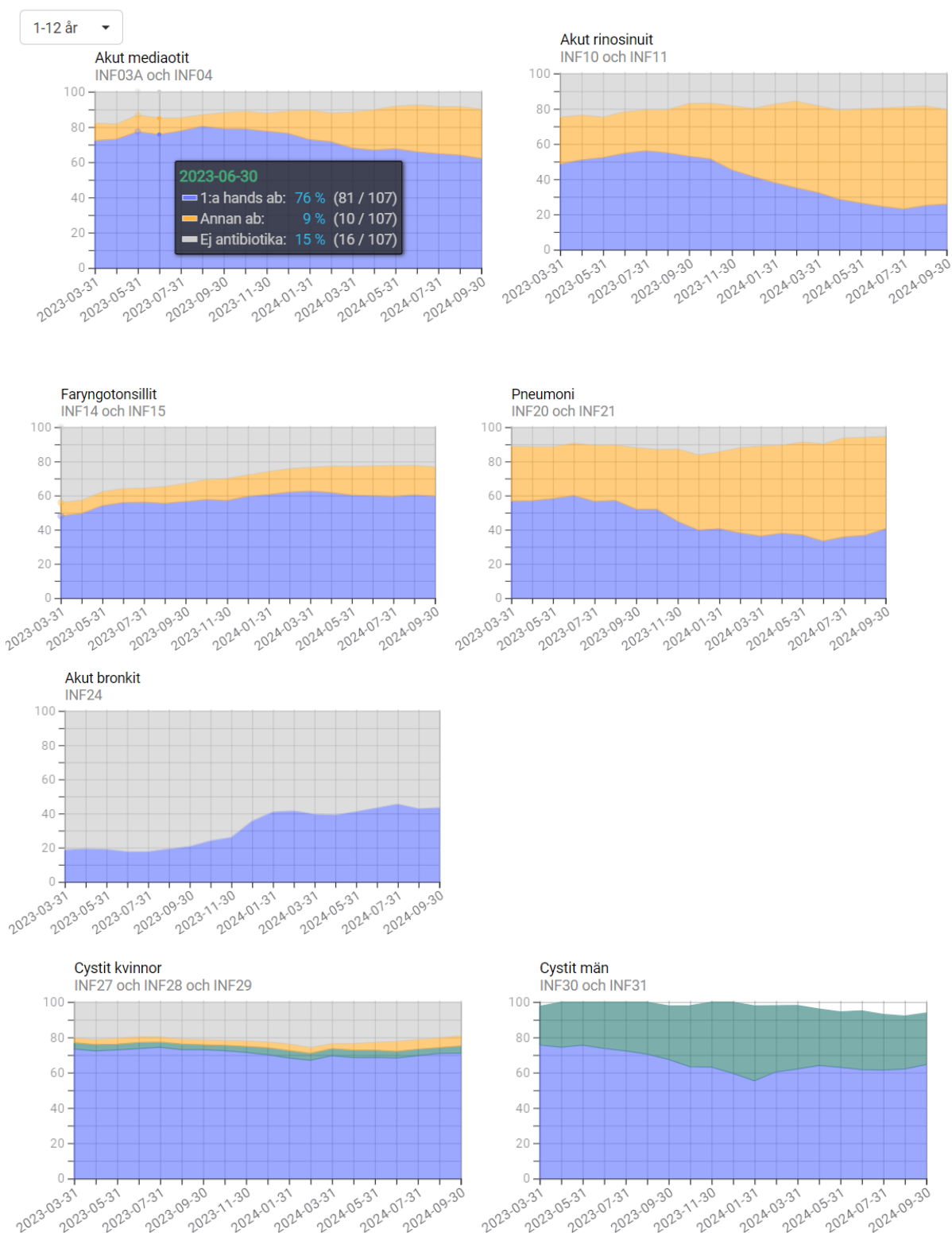


Bilaga 3. Antalet patienter med infektionsdiagnos senaste 18 mån. Förstahandsval av antibiotika (blått fält), annan antibiotika (orange fält), samt ingen behandling (grått fält).

1-12 år ▾



Bilaga 4. Likt Bilaga 3, men med patienterna som andel av 100 % istället för exakt antal.



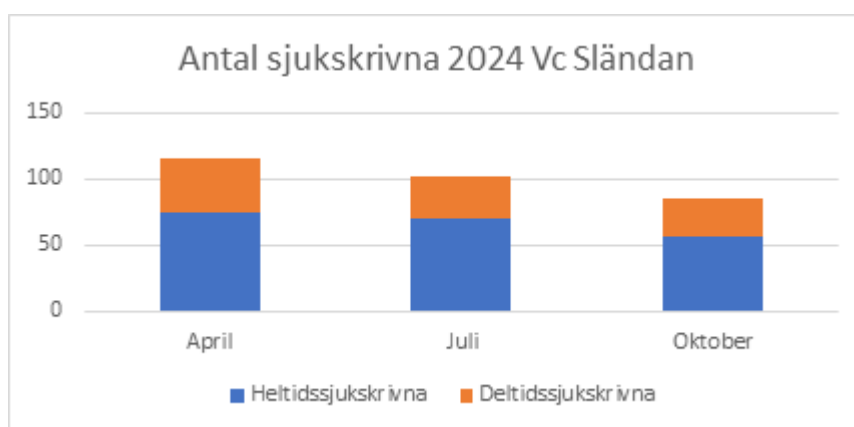
22 Förbättrad sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

Vårdcentral	Sländan
Projektbeskrivning	
Vad vill ni göra? Vi vill förbättra vår sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Sländans sjukskrivningstal har ökat de senaste åren. Detta påverkar så klart patientsäkerheten för våra patienter och deras livskvalitet men även arbetsmiljön för rehabiliteringskoordinatorer och läkare. Idag dokumenteras planerade aktiviteter inte enligt någon standard och därför är det svårt att få fram patientens plan i Cambio Cosmic. Vi vill också öka antalet patienter som är aktiva i Sjukskrivningskollen för att få en mer medveten patient som tar ett ökat ansvar under sin sjukskrivning. Målet är att öka andelen med 10 patienter. Hur ska ni göra det? 1. Medicinsk sekreterare och rehabkoordinator på vårdcentralen tar fram statistik på aktuella deltid- och heltidssjukskrivningar samt andel med F- och M-diagnoser (via Medrave). Vi följer detta kvartalsvis i april, juli och oktober. 2. Vi tar fram statistik via Ineras rehabstöd och QlickView över andel sjukskrivna patienter, dag 31-180 som har en dokumenterad sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan i Cosmic. 3. Vi ska utarbeta en rutin för hur, vad och var vi dokumenterar patientens rehabiliteringsplan så att den kan hittas. Planen ska innehålla mål och delmål med den planerade sjukskrivningen och behandling- och rehabiliteringsinsatser. Den ska också innehålla pågående och planerade åtgärder där det framgår vem som gör vad. Plan för arbetsåtgång och nedtrappning av sjukskrivning dokumenteras även här. 4. Rehabkoordinatorn motiverar alla sjukskrivna patienter att använda Sjukskrivningskollen vid kartläggningssamtalet Hur ska ni visa hur det gick? Beskriva antalet före och efter genomförandet: 1. Antal deltid- och heltidssjukskrivningar 2. Antal dokumenterade rehabiliteringsplaner 3. Antal sjukskrivna patienter som använder Sjukskrivningskollen	

Projektreddovisning

Vi har förbättrat vår sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess på Sländan och tagit fram en fungerande rutin. Med detta kvalitetsarbete har vi tydligt ökat kompetensen och involverat våra läkare, fast anställda liksom hyr. Våra kompetenshöjande insatser har också inkluderat övrig personal som fått ökad kunskap i processen/flödet. Kvalitetsarbetet gjort stora framsteg för samsyn och fokus på det försäkringsmedicinska arbetet till gagn för våra patienter.

1. Under 2024 har antalet sjukskrivna på vårdcentralen Sländan minskat, delvis pga förbättrat arbetssätt men troligast på grund av omlistning till andra vårdcentraler. Andelen deltidssjukskrivna procentuellt sett har inte förändrats, de ligger ungefär i samma nivå under hela projektiden, se diagram nedan.



2. Patientkontrakt i Cosmic stödjer inte strukturen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, vilket gör dokumentationen svår. Är inte användarvänligt för varken patient eller personal. Vi har istället valt att dokumentera patientens rehabplan under sökordet Sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan i Cosmic. Vi använder även KVÅ-kod DV077. Vi har utifrån detta inte kunna ta fram säker statistik på antalet dokumenterade planer, men vi har ökat medvetenheten om rehabplanen och initierat arbetet med att alltid dokumentera planen i patientens kronologiska journal.
3. Antal sjukskrivna patienter som använder Sjukskrivningskollen är i nuläget nio patienter, utgångsläget var noll. Vi har sedan september haft en rutin där rehabkoordinator introducerar alla patienter i Sjukskrivningskollen.

Vi har tagit fram en ny rutin för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, med ett tydligt flödesschema att följa. För att säkerställa att alla följer rutinen har vi haft utbildningsinsatser i grundläggande försäkringsmedicin för samtliga på vårdcentralen inklusive Primärvårdsrehab personal. Vår rehabkoordinator deltar i läkarmötena regelbundet och säkerställer att vi håller fast vid rutinen och har en dialog om försäkringsmedicinskt arbete.

Den viktigaste faktorn för att komma igång med detta arbete var att vi samarbetade mellan verksamhetschef, avdelningschef, verksamhetsutvecklare och rehabkoordinator. Det bidrog till en stor kraft i att ta fram, och implementera nya rutiner.

Vårt nästa steg:

Att förankra och implementera rutinen för vårdcentralerna Kungshögen och Lagan också samt följa upp det systematiska arbetet halvårsvis.

Ansvariga är rehabiliteringskoordinatorer tillsammans med avdelningschefer vårdcentral.

Introduktionsprogram Försäkringsmedicin med vår framtagna rutin för alla medarbetare och individuellt för läkare.

Vi tillsammans med verksamhetsutvecklare Försäkringsmedicin funderar också på att kontakta analysstöd för att ta fram rapport varje månad för Fyrklövern (Sländan/Kungshögen/Lagan) så att vi kan följa sjukskrivnings- och rehabprocessen systematiskt. Kanske något för övriga vårdcentraler? Kommer att presenteras på PRV:s ledningsgrupp

23 Utvärdering uppstart av äldreomsorg

Vårdcentral	Teleborg
Projektbeskrivning	
Vad vill ni göra? Vi vill starta upp en äldre-mottagning på VC Teleborg eftersom vi i nuläget inte har någon och våra patienter efterfrågar detta. Av våra listade patienter på VC Teleborg har vi 1164 st patienter som är 65-79 år och 563 st patienter som är 80 år eller äldre. Det utgör 15 % av våra listade patienter. Hur ska vi göra det? Vi ska starta upp en äldretelefon som kommer att hållas öppen 1 h varje dag och övrig tid röstbrevlåda. Äldretelefonen kommer bemannas av undersköterskor och sjuksköterskor. Vi kommer att starta ett äldreteam runt patienten där usk, dsk/vårdkoordinator/ distriktsläkare /fysioterapeut/ samtalsterapeut och arbetsterapeut hjälper patienter med det som den behöver hjälp med. Teamet kommer träffas fysiskt vid behov för att runda de patienterna som har ett vårdbehov som teamet behöver samarbeta kring. I mötet med patienten kommer vi att testa att använda oss av Pastell 3.0. Vi ska lämna ut patientinfo till de patienter som ska ingå i äldreomsorgen där det finns kontaktinfo och info om fast vårdkontakt/fast läkarkontakt. Vi kommer testa att använda anslutningsöversikten som ett verktyg för att ”ha koll på” vilka patienter som vi har på äldreomsorgen. Genom att använda Medrave kan vi identifiera de patienter som kan inkluderas i vår äldreomsorg. Hur ska ni visa hur det gick? 1. Vi kommer mäta hur många patienter som ringer oss på äldretelefonen i en vecka i april, en vecka i juni och en vecka i september. 2. Vi kommer, via 3 enkätfrågor, fråga 10 patienter som är ”inskrivna” på vår äldreomsorg 1. Hur upplever de kontakten med oss via äldretelefonen 2. Anser de att den får den hjälp de behöver få på vår äldreomsorg? 3. Övriga synpunkter 3. I september kommer vi utvärdera om anslutningsöversikten har varit ett bra hjälpmedel eller ej.	

Projektredovisning

Redovisning:

Vi har nu en välfungerande äldreomsorg på VC Teleborg. Vi har tre undersköterskor och en distriktssköterska som jobbar tillsammans. De turas om att bemanna äldretelefonen som är öppen en timme varje dag för de inskrivna patienterna och övrig tid röstbrevlåda.

Vi har speciella kriterier som gäller för att patienterna ska vara inskrivna. Dessa kriterier är väl kända i hela arbetsgruppen på vårdcentralen.

Vid inskrivningsbesöket hos undersköterska eller sjuksköterska används Pastell 3.0 och alla patienter läggs till i anslutningsöversikten. Vi skörhetsskattar patienterna.

Vi har tagit fram en patientblankett till de patienter som skrivs in på äldreomsorgen där det finns kontaktinfo till mottagningen, info om vem som är fast vårdkontakt/fast läkarkontakt samt info om direktnummer att kontakta mottagningen på.

Vi har ännu ej startat igång ett äldreteam som vi hade tänkt att göra men istället har vi god intern kommunikation och samarbete med fysioterapeut, arbetsterapeut samt samtalsterapeut och teamar runt patienten utan speciella möten.

Vi har planerade mötestider för personalen i äldreomsorgen till patienternas fasta läkarkontakter för avstämning /uppföljning.

Den dsk som jobbar på äldreomsorgen är även vårdkoordinator på VC Teleborg och i sin funktion koordinerar hon en del patienter från äldreomsorgen till kommunens biståndshandläggare eller kommunens sjuksköterskor. Detta gör det lättare och smidigare för patienten.

Vi har inte behövt använda Medrave för att ”leta” upp patienter, vi har hittat dem ändå när de har varit på annat besök här eller ringt via Tele-Q.

Resultat

1.

v. 18: 5 patienter har ringt på äldretelefonen denna veckan. Vi har skrivit in 17 personer på vår äldreomsorg och har påbörjat anslutningsöversikten för dessa.

v. 27: Det ringer ca 1 pat om dagen till oss nu på sommaren. Patienterna känner sig trygga med mottagningen och ringer när de behöver oss. Det är i nuläget 32 patienter inskrivna på äldreomsorgen.

v. 37: 2-5 patienter per dag ringer oss. Vi har 41 st inskrivna på vår äldreomsorg. Alla inskrivna patienter har en usk eller dsk som fast vårdkontakt.

v. 39: Sista september är 47 patienter inskrivna på vår äldreomsorg

2.

Vi utvärderar vår mottagning genom att patienterna får fylla i enkla enkäter och svara på frågor. Enkäter har skickats ut till inskrivna patienter.

Fråga 1: Hur upplever de kontakten med oss via äldretelefonen: Patienterna är nöjda med äldretelefonen, de uppskattar att komma fram direkt och slippa knappval i Tele-Q, de uppskattar att det är samma personer som svarar i telefonen, de är jättenöjda med vår mottagning. Några har skrivit att äldreomsorgen är smidig, tillgängligheten är god.

Fråga 2: Anser de att den får den hjälp de behöver få på vår äldremottagning? Samtliga har svarat ja.

Fråga 3: I fritext har patienterna beskrivit att de är jättenöjda och önskar någon gruppverksamhet för att träffa andra i samma situation.

3.

Anslutningsöversikten använder vi och den fungerar bra då vi har bra koll på vilka patienter som är inskrivna på vår äldremottagning och andra kollegor på vc kan lätt se om patienten är inskriven på mottagningen eller ej. Funktionen Tilläggsinformation är bra då man ser vem som ska kontakta patienten och vad som ska följas upp. Här skriver vi även om det är en undersköterska som har skrivit in patienten och som följer patienten.

Fortsatt arbete:

I och med att antalet patienter ökar, att patienterna tycker att vår äldremottagning fungerar bra och att vi har rekryterat fasta sjuksköterskor, ska vi nu koppla på en sjuksköterska till i vårt arbete med de äldre på Teleborg. Vi fortsätter med vårt arbete och gör en ny utvärdering våren 2025.

24 Hantering av receptförskrivning av läkemedel som kan köpas utan recept.

Vårdcentral	Tingsryd
Projektbeskrivning	
Vad vill ni göra? Minska receptförskrivning av läkemedel som kan köpas utan recept. Syftet att undvika vårdkontakter som orsakas enbart av receptförskrivning, där sådan inte behövs på grund av att läkemedlet är tillgängligt utan recept. Syftet är också att tydliggöra vid vilka tillstånd som läkemedel inte betraktas som del av behandling av sjukdom och därmed inte bör innefattas av läkemedelsförmånen och bekostas av regionen. Rekommendation Recept bör inte utfärdas vid sjukdomstillstånd av egenvårdskaraktär som beräknas gå över inom 4 veckor med receptfri medicineri. Detta inkluderar t.ex. övergående allergiska besvär, kortvariga smärttillstånd, tillfälliga dyspeptiska besvär, tillfälliga förstoppningsbesvär. Egenvård med receptfria produkter gäller även vid längre tillstånd av torr hud/torra ögon/torra slemhinnor, som inte har sjukdom som orsak. Torrhet som beror på naturligt åldrande anses inte vara sjukdom. Vid sjukdomsrelaterade komplikationer kan receptförskrivning övervägas. Detta skapar en trygghet för vårdpersonalen och ger tydlighet för patienterna samt ökar kvalitet kring recepthantering på vårdcentralen. Hur ska ni göra det? Vi följer vår rutin ”Receptförnyelse” som hanteras av sjuksköterskan innan bokningen till läkaren eller distriktssköterskan sker idag. Det blir en djupare granskning av receptförfrågan. Följ Region Kronobergs riktlinjer: OpenDoc.aspx (regionkronoberg.se) Hur ska ni visa hur det gick? Uppföljning av statistik i QlickView av förskrivning av receptfria läkemedel. Mätperiod: 23-05-01-23-12-31. 24-05-01-24-12-31.	
Projekttredovisning	
Utfall: Statistik på antal förskrivningar av receptfria läkemedel har tagits fram i QlickView. Jämförelseperioden 1 maj till 31 oktober år 2024 med samma period förra året (2023). Förskrivningen har minskad enligt följande: N02B, analgetika och antipyretika 779 förskrivningar gjordes 2024 med samma period förra året (2023) jämfört med 887 förskrivningar. D02 Hudskyddande och uppmjukande medel 155 förskrivningar gjordes 2024 med samma period (2023), 193 förskrivningar. R06AX Övrig antihistaminer för systematisk bruk 500 förskrivningar gjordes 2024 med samma period (2023) 520 förskrivningar. A03 Medel vid funktionella mag-tarmsystem 122 förskrivningar 2024, mot 152 (2023). A02 Medel vid syrelaterade besvär 327 förskrivningar 2024, mot 364 (2023). Sammanfattningsvis ser vi en nedåtgående trend i positiv bemärkelse när det gäller förskrivningar av receptfria läkemedel. Kvalitetsarbete har inneburit också att patienten har informerats och hänvisat till regionen riktlinjer gällande indikation på förskrivning av receptfria läkemedel.	

25 Förbättrad följsamhet till riktlinjer gällande astmabehandling

Vårdcentral	Växjöhälsan
Projektbeskrivning	
Vad vill ni göra? - Förbättra vården av våra patienter med astma, genom att öka antalet som behandlas enligt riktlinjerna. Särskilt i samband med de ändrade riktlinjerna från läkemedelsverket och även nyligen uppdaterade rekommenderade läkemedelslistan från Kronoberg. - Detta handlar om att patienter med astma som ska ha FABA+ICS (formeterol+budesonid t ex Bufomix) från början istället för SABA (t ex salbutamol). Detta gäller patienter som är äldre än 5 år. - Ovanstående borde ge en bättre symtomlindring från början och minskat behov att få ytterligare mediciner, samt underlätta för patienten genom att få färre olika inhalatorer. - Detta kan innebära minskat vårdbehov, t ex minskade akutbesök, eller besök för att trappa upp behandling eller tidigt förnyade spirometrier. - Det blir svårt att just följa upp punkt d. Sannolikt kommer man att se de effekterna mycket senare, t ex nästa år. Det behövs alltså en längre uppföljningstid för det för att inkludera tillräckligt många, och se över var de patienterna hamnar (t ex vc/JLC/akuten) och om utgår från att det registreras rätt i Cosmic. Det blir ett osäkert mått att följa. - Att följa att patienten har rätt (enligt riktlinjerna) förskrivning som senaste året har ändrats är mycket tydligare statistik och bättre att direkt följa upp. - Det går att undersöka antalet oplanerade besök med diagnoskod astma under samma period, och även antal spirometrier så länge man har en bra diskussion angående resultatet. Dock är förhoppningen att även detta måttet förbättras. Hur ska ni göra det? - Genom att i första hand få underlag från MedRave, kontrollera hur många redan har fått ICS+FABA som tidigare kommit senare i behandlingstrappan. - Antalet patienter med astmadiagnos under perioden 2024-04-01 – 2024-09-30 jämförs med perioden 2023-09-01 – 2024-02-29 (bägge 6 månader). Av dessa antalen patienter får man fram en andel som har ”rätt” behandling och det är det som jämförs. - Alltså andel patienter med diagnoskod astma under en 6 månaders period, som har FABA/ICS behandling. T ex var det vid det vid jämförelseperioden 18% som har FABA/ICS. - Att jämföra med alla som har någon SABA, FABA eller FABA/ICS preparat som var 51%. Där man skulle enligt riktlinjerna ha 100%, eftersom man alltid ska ha vb dosering med en av dessa preparat oavsett stadium av astma, dock finns det alltid undantag. - Bägge det primära måttet och det här andra måttet borde bli högre. - Kriterier i MedRave: Ålder 6 år eller äldre, bägge kön, listning&dataurval (alla), listade på vc, alla kontakttyper, diagnoskod J45 och substans Formeterol+Budesonid - För det sekundära måttet inkluderas alla SABA, FABA och FABA/ICS.	

- Genom att diskutera i läkargrupp tillsammans med astma-ssk sätta igång arbetet att behandla patienten enligt de nya riktlinjerna. Detta även med en PM på läkarrummen och astmarummet för att hjälpa i detta arbetet.
- Planera in uppdatering/påminnelser varje månad vid läkarmötet tillsammans med astma-ssk.

Hur ska ni visa hur det gick?

- Genom att använda samma sökning på MedRave jämföra om andel patienter med astma har fått FABA/ICS. Under perioden 2024-04-01 – 2024-09-01
- Detta ska även jämföras med total som har fått någon form av SABA, FABA eller FABA/ICS eftersom hela patientgruppen borde få en sådan enligt riktlinjerna.
- Sekundärmått mått kommer även kollas angående antal besök, akuta/opplanerade besök och spirometrier. Dock är detta sannolikt svårt att se någon ändring och svårt att tolka.

Projektreddovisning

- Innan perioden 2024-04-01 – 2024-09-30 (6 månader) har vi genomfört en genomgång av projektplanen i läkargruppen samt med astma/KOL-sjuksköterska.
- Det har skrivits ut en lathund/PM till läkarna och till astma/KOL-ssk.
- Under själva perioden har man haft uppföljningar i läkargruppen för att påminna om arbetet och se över möjliga frågor/funderingar.
- Efter periodens slut har det genomförts en ny avstämning i läkargruppen och med astma/KOL-ssk.
- I MedRave har man utfört samma sökning som vid start av projektet
 - Medrave/statistiska/diagnoser/Diagnoser-läkemedel
 - Tidsperioder:
 - 2023-09-01 – 2024-02-29
 - 2024-04-01 – 2024-09-30
 - Ålder 6 år eller äldre, demografi, bägge kön
 - Yrkesgrupp (alla), vårdutförare (alla), patienter (listade på vc), data (producerat av enheten).
 - Diagnoskod: J45 (Asthma)
 - Substanser FABA+ICS:
 - Formoterol+Budesonid och Formoterol+Flutikason
 - Substanser FABA
 - Salbutamol, Terbutalin och Formoterol
- Resultaten:

Period	2023-09-01 -2024-02-29	2024-04-01 - 2024-09-30
Antal J45	62	54
J45 med FABA+ICS	13	23
Procentuellt	21%	43%
Period	2023-09-01 -2024-02-29	2024-04-01 - 2024-09-30
Antal J45	62	54
Individer J45 med FABA+ICS och/eller FABA	24	29
Procentuellt	39%	54%

- I tabellen syns att andel FABA+ICS har ökat från 21 till 43%
- I andra tabellen ser man att andelen FABA/ICS och/eller FABA har ökat från 39% till 54%
- Diskussion:
 - Vid tidigare projektbeskrivningen hade man inkluderat bara Formoterol+Budesonid som FABA+ICS men det finns även Formoterol+Flutikason som nu inkluderades.
 - Vid att skicka in projektplanen har man för det sekundära måttet inte kollat om det fanns individer dubbelt med i gruppen FABA+ICS och i gruppen FABA. Då patienten kan stå på både och men det har man inte kunnat anpassa i Medrave och därför har det kollats för varje patient om den fanns med dubbelt. Detta resulterade att det fanns 7 dubletter i första perioden och 5 dubletter i den andra perioden. Detta riktiga värdet har redovisats i tabellen.
 - Det redovisas en ökning av bägge måtten. Dock har man inte uppnått önskvärda nivåer av främst patienter med någon form av FABA och/eller FABA+ICS, då detta enligt riktlinjerna borde vara hos alla med astma.
 - De två perioder som har jämförts tillhör olika delen av året och kan därför inte jämföras precis framförallt vad gäller absoluta antal. Dock kan det relativa antalet fortfarande användas för att kunna jämföra.
 - Möjliga orsaker till varför man inte har uppnått ännu högre värden:
 - Arbetsbelastning
 - Hyrpersonal
 - Ledigheter av fast personal
 - I projektbeskrivningen skulle ytterligare sekundärmått kontrolleras angående antal besök, akuta/opplanerade besök och spirometrier. Men förväntades redan att det skulle vara svårt att se någon ändring och svårt att tolka. Detta har kontrollerats och visade ingen tydlig skillnad, var god se följande tabell:

Period	2023-09-01 -2024-02-29	2024-04-01 - 2024-09-30
Antal J45	85	93
Antal individer med J45	65	64
Oplanerade besök	31	28
Spirometrier med J45	8	8
Antal läkarbesök	46	43
Antal ssk besök	22	16

- Konklusioner
 - Antalet patienter med astma äldre än 5 år som har fått behandling enligt riktlinjerna har ökats under uppföljande perioden. Dessutom har antalet med någon form av FABA också ökats.
 - Måtten som redovisades var lätt att följa och vi utgår från att det indirekt kommer att ge en förbättring av vård och även sannolik minskning av vårdsökande. Dock har detta inte kunnat redovisas i detta arbete. Sannolikt på grund av att dessa förändringar kommer att ske över en längre period.
 - Det finns fortfarande utrymme för ytterligare förbättring och borde därför fortsätta jobbas med