

Sammanställning av patientnära medicinska kvalitetsarbeten 2025

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 Daniel Bäck, medicinsk rådgivare Allmänmedicinskt Kunskapscentrum.

Innehållsförteckning

1	Mooglers” på BVC, Achima Care Vislanda.....	3
2	Kortare väntetider astma/KOL, Vårdcentralen Alvesta	5
3	Stresshanteringskurs, Achima Care Växjö	8
4	Enkel läkemedelsgenomgång vid alla årskontroller, Achima Care Älmhult.....	13
5	Patientkontrakt som hjälp för effektivare sjukskrivningsprocess, Vårdcentralen Birka	16
6	Prickmottagning för att effektivisera, Vårdcentralen Braås	19
7	Utvärdering CART utbildning, Capio Hovshaga vårdcentral.....	21
8	Diabetesrond: målvärden och fast vårdkontakt, Vårdcentralen Centrum	25
9	Uppföljning av patienter med buksmärt, Vårdcentralen Dalbo	28
10	Ökad distansmonitorering av blodtryck, Hälsocentralen Falken	32
11	Potensbekymmer hos män med Typ II Diabetes, Gränsbygdskliniken.....	36
12	Möjliggöra behandling med intravenöst järn på vårdcentralen, Vårdcentralen Ingelstad .	39
13	Brevsvar VS svar i KryPro, Kry vårdcentral Älmhult.....	42
14	Rätt antibiotika, till rätt patient, i rätt tid, med målvärde 250 uthämtade recept/1000 listade, Vårdcentralen Kungshögen	44
15	Kommunikation från Cosmic till patient via 1177.se, Tingsryds vårdcentral.....	47
16	Taligenkänning 2.0, Vårdcentralen Lagan.....	49
17	Digitala kallelser för hälsosamtal 50-åringar, Lammhults vårdcentral	51
18	FEV1/FEV6-mätning vid misstanke om KOL. Lenhovda vårdcentral.....	55
19	Införande av Öppen-dörr Tid för Läkare, Lessebo vårdcentral.....	58
20	Borreliaflöde utan fysiskt besök, Läkarhuset.....	61
21	Minska förskrivning av Zopiklon och Zolpidem, Praktikertjänst Ljungby vårdcentral.....	65
22	Vårdcentralen Söders viktsänkingsprogram, Vårdcentralen Söder.....	69
23	Utveckling av klimakterievården på Vårdcentralen Rottne.....	76
24	Minska förskrivning av beroendeframkallande läkemedel, Vårdcentralen Ryd	78
25	Förändring av vårdkvalitet efter införandet av fast läkarkontakt till vissa patienter, Vårdcentralen Skärvet.....	80
26	Förbättrat flöde för misstänkt KOL, genom COPD6, Växjöhälsan vårdcentral	83
27	Sårsmottagning, Vårdcentralen Åseda	86

28	Förbättrad och strukturerad uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi, Vårdcentralen Teleborg.....	89
29	Personcentrerad distriktssköterskeledd klimakteriemottagning på vårdcentral, Vårdcentralen Sländan.....	100

1 Mooglers” på BVC, Achima Care Vislanda

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Vc Vislanda
Datum för start:	2025-02-01
Planerat datum för avslut:	2025-11-15

Projektbeskrivning (max 400 ord)

Bakgrund:

Länge har googlers funnits för att utveckla och förbättra google. Sedan några år tillbaka använder sig barnkliniken av "Vooglers". Detta är en grupp äldre barn med vårderfarenhet som delger sina erfarenheter av vården. För och nackdelar. Bra och dåliga upplevelser. Hur vårdmiljön påverkar dom och eventuella förslag till förändring. Detta har varit väldigt uppskattat och värdefullt både för barnen och personalen.

Vad vill ni göra?

Utveckla och förbättra BVC genom att ta vara på våra föräldrars önskemål.

Hur ska ni göra det?

Skapa en grupp mammor i första skedet. Gruppen ska bestå av mammor som har barn i olika åldrar 0-5 år. Vi kommer träffas ca 2 ggr/termin. Det kommer ingå ca 10 mammor i gruppen. Syftet är inte att ändra BHV-planen, men hur man på andra sätt kan stötta och skapa ökad trygghet för familjen i övrigt förutom det vi redan gör. Detta kan vara en möjlighet att utveckla BVC med hjälp av våra listade och få dem att känna sig delaktiga.

Hur ska ni visa hur det gick?

Genom mötesanteckningar, se över vilka förändringar som kan göras och genomföra dessa.

Frågeformulär till deltagarna efter avslutat arbete om deras upplevelse

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Vislanda
Planerat startdatum	2025-02-01
Datum för avslut:	2025-10-31
Rubrik:	"Mooglers" på BVC
Bakgrund BVC är till för att bedriva förebyggande hälsovård och stötta familjer under småbarnstiden. För att möta olika familjer med olika behov krävs det en kunskap kring hur familjernas upplevelse är och har varit vid de olika besöken. Syfte För att möta dessa behov har Achima Care Vislanda BVC under året 2025 skapat en grupp mammor "Mooglers" med barn i olika ålder och olika storlekar på barnaskaran för att få reda på hur dessa mammor upplever de olika besöken. Resultat Under 2025 genomfördes fyra möten cirka två timmar långa där de olika besöken gicks igenom ända från första hembesöket tills det sista vid fem år. Gruppen bestod av tio mammor i olika åldrar och från olika kulturer. Mammorna fick beskriva deras upplevelse och ge förslag på vad de uppskattade och vad de skulle velat ha ett större stöd kring. Inför vilka besök de hade uppskattat mer information så de kunde förbereda sig. De gav även förbättringsförslag som redan nu har börjat användas tex att erbjuda extra samtal/stöd till föräldrar med kolikbarn och informera familjen på besöket innan vaccinationer så att de hinner förbereda sig. Vissa kommer användas längre fram i verksamheten som tex att försöka i möjligaste mån boka tider så båda föräldrarna kan medfölja. Genom att använda sig av våra patienters upplevelser kan vi förbättra vårdarbetet och skapa en större trygghet för vården. Det fanns en önskan om fasta telefontider vilket i nuläget är svårt att möta pga. BVC endast bemannas av en sköterska. Mammorna har uttryckt en stor tacksamhet och stolthet att få vara med och förbättra deras BVC. Nästa år är planen att starta igång en grupp med pappor "Fooglers".	
Namn verksamhetschef, ort och datum:	
Gunilla Eriksson, Vislanda 2025-11-05	

2 Kortare väntetider astma/KOL, Vårdcentralen Alvesta

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Alvesta
Datum för start:	2025-04-07
Planerat datum för avslut:	2025-09-30

Projektbeskrivning (max 400 ord)

Vad vill ni göra?

Efter coronapandemin så ligger vi långt efter med väntelistan till astma/KOL-mottagningen på vår vårdcentral. Syftet med detta kvalitetsarbete är att prioritera så patienterna med störst behov på väntelistan blir kallade till besök hos astma/KOL-sjuksköterska först och genom detta även minska väntetiden på väntelistan.

Hur ska ni göra det?

Vi har cirka 350 patienter på vår väntelista till vår astma/KOL-mottagning. Vi börjar med att fokusera på en mindre grupp med cirka 75 patienter som ligger oprioriterade i vår väntelista från år 2021, det framgår inte heller hos alla dessa patienter vilken diagnos de har av astma eller KOL. Vi kommer skicka ut ett symtomskattningsformulär, ACT eller CAT, tillsammans med ett foljebrev till var och en av dessa patienter beroende på vilken diagnos de har. Symtomskattningen ifylles och skickas åter med bifogat svarspostkuvert. Prioriteringen kommer sedan ske utefter de patienterna med mest upplevda symtom enligt symtomskattningen. Prioriteringen kommer ske genom att patienterna blir prioriterade eller oprioriterade utifrån resultaten på deras symtomskattningsformulär. Fyller patienterna i 19 poäng eller lägre på ACT-formulär anses det vara en okontrollerad astma och ska således hamna under prioriterade, patienter som fyller i över 19 poäng hamnar under oprioriterade. Om patienterna fyller i över 15 poäng på CAT hamnar patienterna under prioriterade, fyller patienterna i under 15 poäng hamnar dem som oprioriterade. Patienter som inte svarar på formulären kommer att ringas upp för att efterhöra varför återkoppling saknas och hur vårdbehovet ser ut i nuläget.

Hur ska ni visa hur det gick?

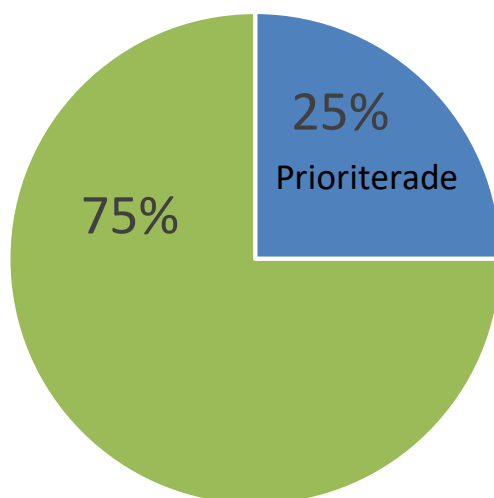
Vi kommer använda oss av Nolans förbättringsmodell och sedan testar vi vårt arbete i PDSA-hjulet. I Nolans förbättringsmodell börjar teamet med att beskriva vad man vill åstadkomma, detta blir målet med arbetet. Därefter behöver man se till så att målet är mätbart så man kan se vilka förändringar som leder till förbättring. Slutligen skapar man idéer om vilka förändringar som kan leda till förbättring. Efter genomgång av de tre frågorna så provar man sedan sitt arbete med hjälp av PDSA-hjulet. Vi för sedan över statistiken i ett diagram där man kan se om patienterna svarat, vad de svarat samt om de behöver omhändertas prioriterat på astma/KOL-mottagningen.

Namn verksamhetschef, ort och datum:
Margaretha Danielsson, Alvesta 2025-03-04

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

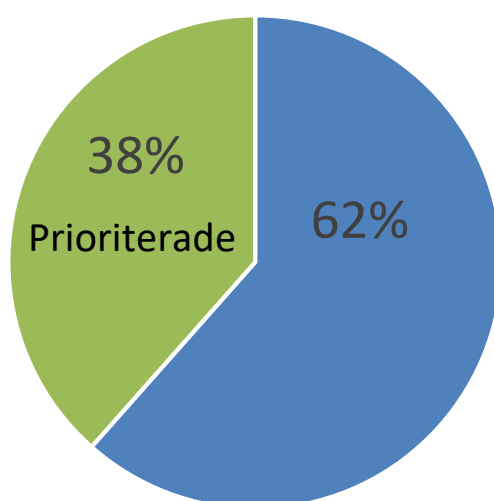
Vårdcentral	Alvesta
Planerat startdatum	2025-04-07
Datum för avslut:	2025-09-30
Rubrik:	Kortare väntetider astma/KOL
Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall (min 200, max 600 ord) Hur gjorde ni? <i>Vi började med att skicka ut våra symtomskattningsformulär med följebrev och svarspostkuvert. Formulären ACT skickas till astmapatienter och CAT till KOL-patienter. Vid oklarheter kring diagnos så skickas CAT-formuläret ut då vi bedömer det som mer övergripande. CAT är ett instrument för att bedöma patientens symtom relaterat till KOL. När det gäller ACT-formuläret så är det de patienter med minst poäng som upplever mest symtom av sin astma medan det är de patienter med flest poäng på CAT-formuläret som upplever mest symtom av sin KOL-sjukdom. Formulären skrivs ut från vår arbetsgivarwebb inom Region Kronoberg. I följebrevet förklarar vi syftet med symtomskattningen för att försöka motivera patienterna till att besvara formuläret och återsända det. Vi informerar om att svar önskas inom två veckor från datum för utskick för att kunna utvärdera arbetet snabbare. Vi har bitt patienterna att fylla i både namn och personnummer på formuläret för att det ska vara giltigt. Vi har skrivit ut en lista över de 76 patienter som får vårt utskick för att sedan kunna bocka av vilka som återsänder sina svar. Av dessa 76 har tre personer listat om sig så formuläret skickas inte till dessa. Under tiden arbetet fortlöpte hade vi uppföljande möten kontinuerligt för att kunna sammanställa eventuella problem på vägen och stämma av med respektive yrkesgrupp inom kvalitetsteamet. Vi förde statistik i en excelfil som beskriver hur många som svarade och hur planeringen utföll som sedan fördes över i diagram.</i> Hur gick det? <i>Av de 73 personer som symtomskattningsformuläret skickades till svarar initialt 42. Resterande personer har ringts upp för att efterfråga formuläret, av dessa svarar 16 personer. Två av dessa personer uppger att de inte fått något formulär. Nya formulär skickas ut till de 31 personer som inte svarat och av dessa svarar tre personer. Totala antalet svar blir således 45. Sammanställningen av CAT-formulär visar att vi har fått in totalt 13 svar, fem som har skattat >15 och hamnar som prioriterade och bokas in inom två månader. Åtta personer har skattat <15 och hamnar således som oprioriterade. Vad gäller AKT-formulär har vi fått in totalt 32 svar. Åtta av dessa har skattat sig <19 poäng och hamnar som prioriterade och bokas in inom två månader. 24 personer har skattat sig >19 poäng och bedöms som oprioriterade.</i> Varför gick det som det gick? <i>Det hade varit önskvärt att få svar från samtliga 73 personer för att bedömningen skulle kunna göras så rättvist som möjligt. Trots att vi inte fick svar från samtliga 73 personer har arbetssättet fungerat på ett bra sätt och förhoppningsvis kan det fortsätta användas även i framtiden för att prioriteringen ska bli så bra som möjligt.</i>	

ACT



■ <19 poäng ■ >19 poäng

CAT



■ <15 poäng ■ >15 poäng

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Stefan Carlsson, Alvesta 2025-10-02

3 Stresshanteringskurs, Achima Care Växjö

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Achima Care Växjö
Datum för start:	2025-01-16
Planerat datum för avslut:	2025-12-31

Projektbeskrivning (max 400 ord)

Vad vill ni göra?

Vi vill erbjuda stresshanteringskurs i grupp för våra listade patienter på vårdcentralen. Många av våra patienter söker för stressrelaterade besvär så därför tycker vi det är viktigt att de får förebyggande hjälp så att de kan återgå till arbetet istället för att bli långtidssjukskrivna

Hur ska ni göra det?

Vi kommer välja ut patienter som främst är sjukskrivna för stressrelaterade besvär och erbjuda dem att vara med i kursen. Finns även informationsbroschyrer i vårt väntrum för de patienter som vill lämna intresseanmälan om att få delta

Gruppen kommer bestå av 6 personer och de träffas varje torsdag mellan kl 9.00-11.30 under 8 veckor. Gruppen hålls av vår samtalsterapeut Elin och vår rehabkoordinator/arbetsterapeut Heidi

Kursen har ett tema varje vecka

Vecka 1 Symtom kopplat till stress

Vecka 2 Vad är en aktivitet

Vecka 3 Skuld och skam, känslor kopplade till stress och utmattning

Vecka 4 Vad är en paus?

Vecka 5 Sömn

Vecka 6 Värderar riktning

Vecka 7 Bakslag

Vecka 8 Att bibehålla / Vidmakthållande

Samtliga gruppmedlemmar får med sig individuella hemuppgifter

Hur ska ni visa hur det gick?

Deltagarna får ett välkomstbrev med info om stresskursen och dess upplägg

De får fylla i skattningsskalorna PSS-IO [pss-10.pdf](#) samt KEDSO [KEDS-9-sv-ny.pdf](#)

Efter kursen får de fylla i en blankett med nedanstående frågor gällande utvärdering av kursen

1. Fick du med det som du behöver i kunskap kring stressrelaterad ohälsa?
2. Tycker du att kursen gett dig verktyg/strategier?
3. Kan du använda dig av strategierna?
4. Är det applicerbart i vardagen?
5. Är strategierna användbara i arbete/arbetsåtergång?
6. Kommer du att använda dig av det du fått med dig?

Uppföljning av vilka som återgår från sjukskrivning till arbete ser man i sjukskrivningskollen

Stress kursen kommer köras löpande under året med uppehåll under semestermånaderna

Redovisning Tertial 2

Vi arbetar vidare med stresshanteringsgrupperna. Vi har startat upp en ny grupp.

Vi har fått mycket bra positiv feedback från deltagarna från första kurstillfället.

Vi kommer redovisa resultatet under tertial 3

Namn verksamhetschef, ort och datum:

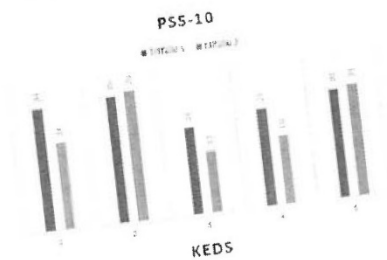
Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Achima Care Växjö
Planerat startdatum	2025-01-16
Datum för avslut:	2025-12-31
Rubrik:	Stresshanteringskurs
Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall (min 200, max 600 ord) Redovisning Tertial 3 Hur gjorde ni? Stresshanteringskursen har hållits vid tre olika tillfällen under året av vår leg arbetsterapeut Heidi Löthman, KBT terapeut Elin Gimstrand och PTP-Psykolog Lo Åkerblom Grupperna har träffats vid 8 tillfällen. Första gruppen bestod av 5 personer, andra och tredje gruppen bestod av 4 deltagare. Träffarna har innehållit ämnen som: Föreläsning om stressreaktion, Stressbeteende och symptom, Vad är en aktivitet? Vad är en Paus? Sömn, Hantera bakslag och vägbulor, Skuld och skam samt Värderad riktning. Samtliga gruppmedlemmar har vid första tillfället fått fylla in PSS-IO samt KEDS. De har sedan vid sista tillfället fått fylla i samma formulär samt en utvärdering av kursen där de dels har varit frågeställningar där medlemmarna fått tycka till från 1 - 4 (stämmer inte stämmer väl) samt en öppen fråga. När grupperna väl har startat har det varit få bortfall. Har varit två personer som avslutat och då på grund av flytt till annan ort samt nytt arbete. Pss-10 (Preceived stress scale) mäter stress, alltså i vilken grad en person upplever att livet är oförutsägbart, okontrollerat och överväldigande under den senaste månaden. 20 poäng eller högre kan tyda på stressproblematik. Maxpoäng är 40 poäng. KEDS (Karolinska exhaustion disorder scale) mäter symptom på utmattningskopplade till utmattningsyndrom. Innefattar områden som koncentrationssvårigheter, sömnproblem, energibrist, känslomässig känslighet och återhämningsförmåga 19 poäng kan användas som gränsvärde för stressrelaterade utmattningsproblem. Max poäng är 54 poäng Hur gick det? Se resultatet från de tre olika grupperna i bifogade diagram nedan	

Grupp 1 (Blå före och orange Efter)

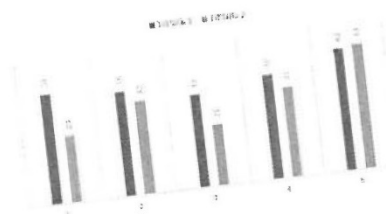
PSS-10 mäter
personens
upplevelse av
stress

Sammanlagd
minskning av
symptom -23



KEDS mäter
symptom på
utmattning

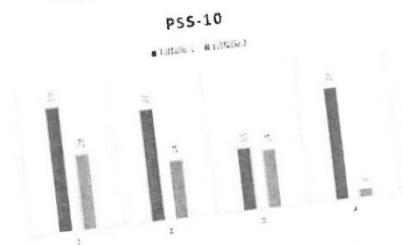
Sammanlagd
minskning av
symptom -34



Grupp 2 (Blå före och orange Efter)

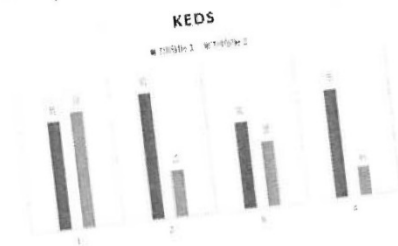
PSS-10 mäter
personens
upplevelse av
stress

Sammanlagd
minskning av
symptom -51



KEDS mäter
symptom på
utmattning

Sammanlagd
minskning av
symptom -48



Grupp 3 (Blå före och orange Efter)

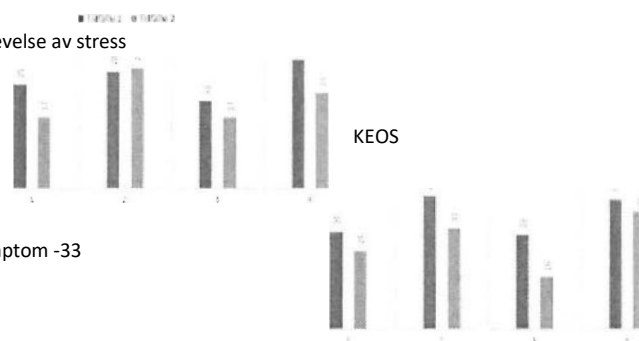
PSS.IO

PSS-IO mäter personens upplevelse av stress

Sammanlagd minskning av symptom -19

KEDS mäter symptom på uttröttnings

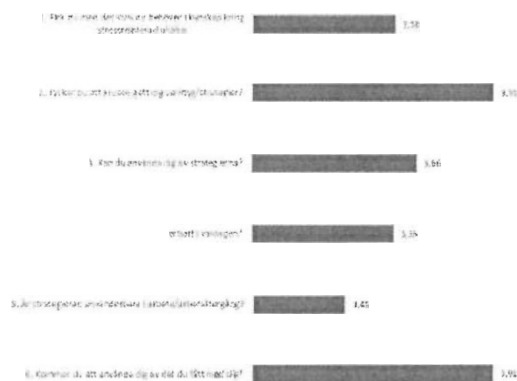
Sammanlagd minskning av symptom -33



12 medlemmar har svarat

Siffrorna som visas är genomsnittet

Utvärdering



Öppen fråga:

Är det något du saknat under kursens gång? Finns det någonting som du tycket
sitt förhållande?

Jag är mycket nöjd och tacksam över kursen och något jag tror att MÅNGA hade
behövt och haft glädje tv, Fortsätt erbjud de ut!

En tanke: Jag har varit mycket trötta, på morgonen. Kanske att en senare tid för
kursen? Så glad över en så fin grupp och 211a Fina nu har träffat häv. En sak
som jag kanske hade önskat mer av; Mer övningar nä/ vi sett som
andningsövningar och övningar att komma ner i varg och medveten
närvaro.

Kommer inte på så mycket just nu, Känner mig väldigt nöjd med helheten.
Kanske att hade varit användbara att ha ett återbesök med hela gruppen efter
tid för att få en liten påminnelse och huc de i nuläget.

Att man har en inbokad tid efter kursens slut hos arbetsterapeut eller Kbi
terapeut. Känner med lite vilse efter kursen många frågor och tankar. Hur
blir fortsättningen på resan. Vad ska man göra?

Tycker kursen berörde mig på många bra områden. Hade önskat att denna
väg något längre kanske två träffar till i slutet med lite längre mellanrum
emellan. Detta för att få mer stöd i implementeringen av den nya vanorna
och strategierna. I övrigt en fin gemenskap och ett bra forum att träffa
andra som är lite i samma situation.

Vi har planer på att fortsätta med dessa grupper även under nästa år då det är
efterfrågat av fler av våra patienter. Vi ser att de flesta gruppdeltagarna upplever att
symtom på stress och utmattning har minskat under kursens gång

Våra patienter har fått kunskap och verktyg av personalen och lärt sig mycket under
kursens gång.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Linda Gudmundsson Verksamhetschef Achima Care Växjö 2025-11-19

4 Enkel läkemedelsgenomgång vid alla årskontroller, Achima Care Älmhult

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Achima Care Älmhult
Datum för start:	2025-04-01
Planerat datum för avslut:	2025-10-31

Projektbeskrivning (max 400 ord)

Vad vill ni göra?

Vi vill att våra patienter som kommer för årskontroll till läkare eller till sjuksköterska på våra specialistmottagningar (diabetes, astma/KOL, blodtryck och äldremottagning) ska ha en korrekt och uppdatera läkemedelslista. Detta görs för att både patient och vårdpersonal ska få en korrekt bild över vilka läkemedel patienten är ordinerad och vilka läkemedel patienten använder. Detta är en förutsättning för att läkaren ska kunna utvärdera läkemedelsbehandlingen.

Hur ska ni göra det?

Vid varje årskontroll ska en enkel läkemedelsgenomgång göras av läkaren. Till skillnad från tidigare Patientnära medicinska kvalitetsarbeten i Kronoberg har vi valt att involvera patienten själv genom att de i samband med att de en vecka innan läkarbesöket kommer för att ta prover, får aktuell läkemedelslista från CambioCosmic/Pascal av undersköterskorna på laboratoriet, tillsammans med Regionens blankett "Genomgång av din läkemedelslista". Denna fyller patienten i och tar med sig till läkarbesöket. Läkaren går genom och uppdaterar läkemedelslistan och kryssar i att en "enkel läkemedelsgenomgång" är utförd.

Vi involverar också sjuksköterskorna på våra ovan nämnda specialistmottagningar. Om prover ska tas en vecka innan besöket, sker samma procedur på laboratoriet med utskrift av läkemedelslista och blankett, som patienten fyller i och tar med till sjuksköterskebesöket. I övriga fall tar sjuksköterskan fram läkemedelslistan under besöket och går genom denna tillsammans med patienten (utefter samma frågor som på regionens blankett "Genomgång av din läkemedelslista"). Vid behov av uppdatering av läkemedelslistan bokar sjuksköterskan en "recept-tid" till patientens fasta läkarkontakt, med bokningsinformation om vad som ska uppdateras.

Hur ska ni visa hur det gick?

Vi kommer att ta fram statistik över hur många enkla läkemedelsgenomgångar vi har gjort under perioden 2025-04-01 till 2025-10-31 för att jämföra med motsvarande period förra året (2024)

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Senada Hodzic, Älmhult 2025-03-07

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Achima Care Älmhult
Planerat startdatum	2025-04-01
Datum för avslut:	2025-10-31
Rubrik:	Enkel läkemedelsgenomgång vid alla årskontroller
Hur gjorde ni? Patienter, som varit på laboratoriet för att ta blodprover veckan innan årskontroll av diabetes, Astma/KOL, Hypertoni och äldremottagning, fick blanketten "Genomgång av din läkemedelslista", som de ombads fylla i och ta med till årskontrollen. Läkaren har tillsammans med patienten gått genom och eventuellt justerat i läkemedelslistan under besöket, oavsett om patienten har haft blanketten med sig eller inte. Läkaren har använt sig av åtgärds kod XV015: Enkel läkemedelsgenomgång, för att statistiskt kunna ta fram hur många läkemedelsgenomgångar vi gjort. Sjuksköterskorna, som arbetar på ovan nämnda specialmottagningar, har också gått genom läkemedelslistan med patienterna de har träffat och vid behov meddelat läkaren eventuella justeringar som behövt göras. Hur gick det? Under perioden april-oktober 2025 har vi haft 202 kontakter där vi gjort enkel läkemedelsgenomgång, jämfört med 49 kontakter under samma period 2024. (Statistik från Qlickview) Varför gick det som det gick? Vi har under året (ffa hösten) arbetat med kloka kliniska val och är mitt uppe i ett förändringsarbete angående arbetsrutinerna gällande årskontroller för olika patientgrupper. Detta har gjort att vi inte har haft möjlighet att göra lika många årskontroller som vi annars hade gjort. Detta har i sin tur gjort att antalet läkemedelsgenomgångar inte har blivit så många som vi hoppats på. Det är dock många fler i år, jämfört med förra året. Då vi förra året inte hade som rutin att alltid sätta åtgärds koden "Enkel läkemedelsgenomgång" när det gjordes, kan vi inte dra några större slutsatser av det. Arbetet med enkel läkemedelsgenomgång ger oss en bra grund för vårt fortsatta arbete med kloka kliniska val gällande medicinska uppföljningar (tidigare årskontroller).	
Namn verksamhetschef, ort och datum:	
Senada Hodzic, Älmhult 2025-11-21	

5 Patientkontrakt som hjälp för effektivare sjukskrivningsprocess, Vårdcentralen Birka

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Birka
Datum för start:	2025-01-02
Planerat datum för avslut:	2025-05-30

Projektbeskrivning (max 400 ord) Bakgrund:

För de patienter som blir sjukskrivna under en längre tid är det lite olika när de får kontakt med rehabkoordinatören och om det finns en tydlig plan i journalen eller ej. Otydligheten gör att patienten kan bli osäker på vad som är planerat och vad patienten själv förväntas göra. Det kan också saknas bokad tid för uppföljning av sjukskrivningen. Det gör att patienterna ringer till TeleQ för att boka tid för att förlänga sjukintyget, ibland bara någon dag innan sjukskrivningen går ut vilket kan göra det svårt att boka en tid till den läkare som har sjukskrivit patienten. Det finns också en misstanke om att otydligheten kan förlänga sjukskrivningarna.

Syfte:

- Ökad delaktighet och förutsägbarhet för patienterna, samt ökad tydlighet i sjukskrivningsplanerna.
- Ta reda på om det nya arbetssättet påverkar längden på sjukskrivningarna.

Metod:

- Ny rutin och lathund för sjukskrivningar och Patientkontrakt skrivs.
- Vid misstanke om att det kan bli en långvarig sjukskrivning ska det digitala formuläret "Bedömning inför eventuell sjukskrivning" skickas till patienten för att fyllas i inför läkarbesöket.
- Vid sjukskrivning i mer än 30 dagar ska rehabkoordinatören tillsammans med patienten, läkaren och ev rehabteamet skriva en plan i Patientkontraktet. Fördelen med Patientkontrakt jämfört med sjukskrivnings- och rehabplanen är att Patientkontraktet är lättare att hitta i journalen både för patient och personal. Patientkontraktet ska även vara ett levande dokument och uppdateras efterhand. Det ska vara tydligt vad som är patientens ansvar och vårdens.
- Andra personalkategorier, t ex fysioterapeut och psykosocial resurs ska vid behov skriva och uppdatera sin del i patientkontraktet
- Vid möten med rehabteamet varannan onsdag är en medicinsk sekreterare med för att boka uppföljande tider för patienterna och förberedande arbete med Patientkontraktet.
- Patienten ska alltid ha en uppföljande tid bokad (telefon eller besök). Bokas av läkare eller av sekreterare när diktatet skrivs. Sekreterarna håller koll och påminner läkare som har missat detta.
- Om patienten ringer till TeleQ och önskar ändra i planen för sjukskrivningen ska i första hand hänvisas till Patientkontraktet och uppmuntra patienten att följa planen. Om detta ej är möjligt kontaktas läkaren, och/eller diskuteras patienten vid nästa rehabteamsmöte.

Utvärdering:

- Mätning av antal patienter som ringer till TeleQ för att boka tid för förlängning av sjukskrivning, i november 2024 och maj 2025.
- Mätning av längden på sjukskrivningarna i juni 2024 jämförs med juni 2025.
- Enkät om patientens upplevelse av Patientkontraktet (utifrån syftet) efter avslutad sjukskrivning.
- Enkät om rehabteamets upplevelse av Patientkontraktet (utifrån syftet), maj 2025.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Vc Birka
Planerat startdatum	
Datum för avslut:	250530
Rubrik:	Patientkontrakt som hjälp för effektivare sjukskrivningsprocess

Hur gjorde ni?

Patienter som sjukskrevs i 30 dagar eller mer förmedlades till rehabkoordinator för upprättande av vårdplan. Som förberedelse togs rutin och lathund fram samt frasminne för att sammanfatta vilken information läkaren behövde förmedla för att en plan skulle kunna upprättas. Rehabteamet har också varit delaktiga för att komplettera med insatser från övriga professioner.

Rehabkoordinatören har tydligt informerat var patienten hittar sin plan och att det är där hen kan finna information om vart hen ska vända sig vid behov av kontakt med vården.

När patienten är åter i full sysselsättningsgrad avslutades vårdplanen.

Under projektiden upprättades 16 vårdplaner och 10 hann avslutas.

Vi har tittat på antal patienter som ringer till TeleQ för akut förlängning av sin sjukskrivning pga att det inte fanns en plan. Vi använde en mätning i november 2024 som baseline och utvärderade genom att göra samma mätning i maj 2025. Vi såg då att antalet samtal hade minskat från 21 st. i november 2024 till 3 st. i maj 2025.

Hur gick det?

Utvärderingar skickades till sjuksköterskor, rehabteamet och till patienterna i samband med att vårdplanen avslutades.

Sjuksköterskorna beskriver att det är lättare att se vad som är planerat för patienten när de kontaktar TeleQ.

Rehabteamet beskriver att verktyget är tydligt för planering av patientens insatser, att det är enkelt att använda och underlättar uppföljningen av patientens sjukskrivning.

Rehabteamet upplever att vårdplanen underlättar patientens delaktighet i sin sjukskrivningsprocess och att den tydliggör patientens egna ansvar.

Man upplever också att vårdplanen underlättar vårdens planering kring patienten och att det skapar en helhetsbild kring de pågående insatserna och den fortsatta planeringen.

Patienterna beskriver samstämmigt att informationen i vårdplanen är tydlig. Majoriteten upplevde att de hade en aktiv roll i upprättandet av planen och att det fanns en tydlig plan för såväl sjukskrivningen som återgången i arbete samt att det var enkelt att förstå vad som förväntades av dem. Vissa nämner trots detta en osäkerhet kring vad som ska ske. Det fanns stor diskrepans i patienterna upplevelse av vad vården skulle ansvara för.

De flesta anser att vårdplanen främjar deras delaktighet i den egna rehabiliteringen och återhämtningen.

Samtliga patienter anger att det var lätt att hitta vårdplanen i journalen

Ett av våra syften var att ta reda på om detta arbetssätt kunde påverka sjukskrivningslängden och utifrån de mätningar vi har ser vi en tendens att det verkar vara så. Vi tittar på sjukskrivningslängden i juni 2024 och juni 2025 och ser då att antalet sjukskrivna patienter från dag 15–180 dagar har minskat från 35 stycken till 16. Största minskningen ser vi mellan dag 15–31 samt mellan dag 61–90 dagar men tydlig minskning också mellan dag 91–180. Därtill ser vi inte att det sker en ökning heller efter dag 180 vilket bör tyda på att det är en reell minskning av sjukskrivningslängden.

Varför gick det som det gick?

När vi har följt upplägget har det fungerat väldigt bra, men att beakta är att det tar tid ffa av rehabkoordinatorn som tillsammans med patienten är den som upprättar planen. Men utifrån resultatet ter det sig som väl investerad tid både utifrån resursanvändning och samhällsnytta. Det ställer också krav på sjukskrivande läkare att signalera till rehabkoordinator i samband med att sjukskrivningen görs och förmedla relevant information och fortsatt planering. Detta har vi behövt påtala under projektet och några patienter har identifierats först av rehabkoordinator och då kunnat lyftas på rehabteamet. Vi ser att vi har ett fortsatt arbete att implementera arbetssättet så det blir en självklarhet för samtliga inblandade professioner. Vi behöver också finslipa på rutiner för dokumentation för att undvika dubbeldokumentation.

Vi har inte använt formuläret Bedömning inför din sjukskrivning i den omfattning vi hade planerat men ser att dessa frågor lyftes i samband med att vårdplanen upprättades. Ev kan man tänka att formuläret kan skickas ut inför besöket till rehabkoordinator istället.

Vi har fått stöta på för att få in utvärderingarna från patienter och har ett relativt stort bortfall där endast 4 av 10 patienter besvarat enkäten trots flera påminnelser.

Namn verksamhetschef, ort och datum: Caroline Boo (avdelningschef) Växjö 251119

6 Prickmottagning för att effektivisera, Vårdcentralen Braås

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Braås Vårdcentral
Datum för start:	01032025

Planerat datum för avslut:

Inget avslut

Projektbeskrivning (max 400 ord)

Vad vill ni göra?

Vi har som kvalitetsarbete 2025 valt att starta upp en Prickmottagning. Detta med syfte att säkra att de som kontaktar VC med oro/bekymmer kring födelsemärken eller hudförändringar får en bedömning inom rimlig tid. Dessutom vill tidsoptimera då vi upplever att det i perioder kommer in väldigt många förfrågningar och vi har svårt att hitta bokningsbara tider för detta.

Hur ska ni göra det?

Vi har tidigare bokat på vanliga 30-minuters läkartider. Vi har nu genom MLA skapat ett PM där vi bokar läkare på 15 minuters-tider. (20 min för AT/ST-läkare). Detta planeras in tillsammans med USKA. Undersköterskan ansvarar för att patienten fyller i ett anamnesformulär inför besöket samt visar denna till ett rum. Därefter ser läkaren över den berörda förändringen samt resten av hudkostymen. Undersköterskan tar bild för eventuell remiss. Vi använder 2 rum för att det ska vara tidseffektivt för läkaren.

Sjuksköterskorna som bokar patienter förbereder patienten på att det är ett specifikt besök för enbart en förändring.

Hur ska ni visa hur det gick?

Vi ska samla statistik om på hur många hudförändringar vi hinner med och därav räkna hur mycket tid (läkartid i minuter) vi sparat under en 3 månaders period. För en specialistläkare blir det en tidsbesparing på 15 minuter per patient. Vi kommer att räkna på perioden september-november 2024 på våra två specialistläkare. Sedan detsamma under mars-juni 2025 (Efter att vi startat upp den nya mottagningen). Vi väljer att se för enbart våra två fasta läkare (EJ ST eller AT/BT) för att vi ska jämföra mot samma antal läkare.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Vårdcentralen Braås
Planerat startdatum	01032025
Datum för avslut:	Fortsatt arbete
Rubrik:	Prickmottagning för att effektivisera
Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall (min 200, max 600 ord) Hur gjorde ni? Vi skapade ett PM enligt ovan där USKA och läkare arbetar tillsammans på 15 minuters tider. Då har vi arbetat med dubbla rum undersköterskan har tagit hand om anamnes, fotografering. Läkare har då fått möjlighet att göra en snabb bedömning av hela hudkostymen och därefter kunnat skriva remiss vid behov. Avdelningschef har planerat in tid för denna mottagning för att säkerställa att resterande verksamhet kan fortgå. Vid bedömning av borttagande av hudförändring har planerats in på en ny tid. Hur gick det? Detta har fungerat mycket bra. Vi har fått in ett par tillfällen med prickmottagning varje månad. Det har även gett kompetensutveckling hos läkarna då de fått möjlighet att träffa många patienter med olika hudförändringar under ett par timmar. Detta ger i sin tur säkrare bedömningar. Vi har även skapat utrymme för fler besök för denna patientgrupp pga av kortare tidsåtgång, vilket har gjort att vi inte behövt hänvisa dem vidare. Vi har under månaderna april-oktober haft 50 bokade besök på vår prickmottagning som tidigare hade registrerats som ett 30 minuters besök. Detta ger en tidsbesparing på mottagningstid för distriktsläkarna på 12,5 timmar (då har vi inte haft mycket mottagning under sommarmånaderna juni-aug). Vi ser att med tidsbesparingen har vi skapat utrymme för att träffa fler patienter. Det var svårt att hitta statistiskt som blir tillförlitlig från föregående år (för jämförelse) då vi hade hyrläkare en del av tiden, många besök var otydliga och det är inte alltid registrerat som hudförändring. Varför gick det som det gick? Detta projekt gick bra på grund att vi hade lagt en god planering för utförandet samt genom ett gott samarbete mellan olika professioner på vårdcentralen. Vi kommer att fortsätta med denna mottagning framgent.	
Namn verksamhetschef, ort och datum:	
Anna Louise Svensson, Braås, 2025-10-23	

7 Utvärdering CART utbildning, Capho Hovshaga vårdcentral

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Capio Hovshaga VC
Datum för start:	20250401
Planerat datum för avslut:	20260331

Projektbeskrivning (max 400 ord)

Gruppbehandling för patienter med långvarig smärta vid vårdcentralen Capio Hovshaga

Patienter med långvarig smärta är vanligt förekommande inom primärvården som ofta har svårt att hjälpa denna patientgrupp på ett strukturerat sätt. Det finns ett stort behov att utveckla och utvärdera nya behandlingsmodeller för patientgruppen. I det här projektet kommer patienter med långvarig smärta erbjudas gruppbehandling enligt konceptet Capio Aktiv Rehabträning (CART). Behandlingen bygger på en biopsykosocial modell där fysiska- psykiska och sociala faktorer integreras till en helhetsförståelse av patientens hälsa liksom syn på sjukdom och rehabilitering och syftar till att öka patienternas förmåga att hantera sina besvär och öka sin livskvalité.

Genomförande:

Patienter med långvarig smärta (rygg-, nack-, led- eller muskelsmärta, huvudvärk eller smärta av okänd orsak) kommer erbjudas deltagande i gruppbehandlingen. Mångsökare och sjukskrivna kommer prioriteras. För att kunna delta behöver patienten förstå svenska och ha tillräcklig rörlighet för att kunna ta sig upp och ner från golvet.

Behandlingen ges i gruppformat (max 8 deltagare i varje grupp) och leds av tvärprofessionella behandlare (psykolog och fysioterapeut). Behandlingsperioden sträcker sig över 8 veckor med 1 träff per vecka och inkluderar följande standardiserade moment: a; rörelse och rehabilitering, b; stresshantering, c; psykoedukation, d;empowerment och egenvård.

Utvärdering:

För att följa effekten av projektet kommer validerade instrument att användas innan, efter halva behandlingstiden och vid avslut. Dessa inkluderar PHQ-15 (som mäter somatiska symptom och psykosomatiska besvär), Tampa Kinesiofobi Skalan (som mäter rörelserädsla), och skattningsformulär avseende kognitiv fusion, self-efficacy, ångestkänslighet och undvikande. Därutöver kommer antalet sjukvårdsbesök tre månader före och efter behandlingen jämföras. Resultaten kommer redovisas med i första hand deskriptiv statistik avseende förändring av ovanstående variabler över tid.

Namn verksamhetschef, ort och datum:
Christin Åsheden Växjö 2025-04-1

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Capio Vårdcentral Hovshaga
Planerat startdatum	
Datum för avslut:	
Rubrik:	Utvärdering CART utbildning
Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall (min 200, max 600 ord) Hur gjorde ni? Patienter med långvarig smärta utgör en stor och ofta svårbehandlad patientgrupp inom primärvården. Smärtproblematiken påverkar livskvalitet, aktivitetsförmåga och psykiskt välbefinnande, och leder ofta till rörelserädsla, undvikandebeteenden och ökad funktionsnedsättning. Syftet med detta kvalitetsarbete var att pröva genomförbarheten av ett gruppbaserat behandlingsupplägg enligt CART (Capio Aktiv Rehab Träning) för patienter med långvarig smärta. Målet med behandlingen är att stärka patienternas egen förmåga till hantering av smärta, öka fysisk aktivitet samt minska rörelserädsla. Utförande: Läkare och fysioterapeuter identifierade patienter med långvarig smärta som kunde vara aktuella för deltagande. Totalt sex patienter tackade ja till att delta i behandlingen. Gruppbehandlingen omfattade åtta tillfällen à en timme och leddes av ett tvärprofessionellt team bestående av fysioterapeut och psykolog. Innehållet i gruppträffarna fokuserade på rörelse och rehabilitering, stresshantering och psykoedukation. Tre av deltagarna deltog regelbundet, medan tre deltog mera sporadiskt på grund av psykiatrisk samsjuklighet eller fysiska besvär. Utvärdering: En utvärdering av behandlingen gjordes avseende genomförbarhet dels genom samtal med patienterna och genom dokumentation av behandlarnas observationer. Därutöver fick deltagarna vid 3 tillfällen (vid start, mitten och avslut) fylla i följande skattningsskalor: PHQ-15 (mäter patientens samlade somatiska symptomatologi, 5-9 milda somatisk problematik/stress 10-14 medel svår somatisk problematik/stress 15 -30 svår somatisk problematik/stress.), Tampa (mäter rörelserädsla). Resultat:	

Patienternas upplevelse

- Samtliga deltagare betonade den positiva gruppdynamiken och hur de upplevde stöd och igenkänning från andra i liknande situationer var givande.
- En deltagare berättade att hon hade återupptagit aktiviteter i hemmet, såsom hushållsarbete, och kände sig mindre begränsad av smärtan.
- En annan uttryckte att hen vågade utmanande sig själv mer fysiskt, och utförde rörelser som tidigare upplevts som skrämmande eller smärtsamma.

Behandlarnas observationer

- Fysioterapeuten noterade en tydlig minskning i rörelserädsla hos flera deltagare samt förbättrad kroppskännedom och ökad tillit till att rörelsen inte nödvändigtvis förvärrar smärta.
- Psykologen observerade att deltagarna successivt kunde identifiera och utmana undvikandebeteenden, särskilt kopplat till rädsla och oro inför rörelse.

Patienterna hade vid start höga värden av PHQ-15 (medianvärde 19/30, spridning 11-22). Tre deltagare skattade PHQ-15 vid uppföljningarna och visade minskade värden (medianvärde 3-5 poängs minskning). Vid start var Tampaskalan i median 36, spridning 28-47) och värdena var väsentligen oförändrade vid uppföljning. Statistiska analyser av förändring är ej möjliga pga ett litet antal deltagare.

Varför gick det som det gick?

Projektet visar att CART är möjligt att genomföra i primärvård för en patientgrupp med hög grad av fysiska symptom och ger positiva upplevelser av deltagarna. Deltagarna hade komplex problematik och ofta samsjuklighet med psykisk ohälsa, vilket delvis påverkade närvaro och engagemang. Behandlingsteamet har behövt anpassa övningarna utifrån patienternas fysiska begränsningar. Behandlingen har gett värdefulla insikter om hur ett tvärprofessionellt arbetssätt med fokus på acceptans och rörelse kan läggas upp. Kombinationen av fysioterapeut och psykolog skapade en helhetssyn där både kroppsliga och psykologiska faktorer adresserades parallellt, vilket upplevdes som meningsfullt av deltagarna. Patienterna upplevde gemenskap och igenkänning, vilket ökade motivationen att pröva nya rörelser. Upplägget gjorde det möjligt för deltagarna att stegvis utmana sig själva (gradvis exponering). Det finns planer att fortsätta med CART behandlingen. Tänkbart är att erbjuda behandling även andra grupper som patienter med stressrelaterade besvär eller ångest.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Christin Åsheden Växjö 2025-11-21

8 Diabetesrond: målvärden och fast vårdkontakt, Vårdcentralen Centrum

Projektplan Diabetesrond: målvärden och fast vårdkontakt

Vårdcentral	Centrum
Datum för start:	2025-01-27
Planerat datum för avslut:	2025-11-30

Bakgrund

Patientgruppen innefattar patienter med diabetes typ 2 som har ett långtidssocker, HbA1c, över 60 mmol/mol. Dessa patienter har undermålig glykemisk kontroll av sin diabetes. För dessa patienter är det av stor vikt att få till en fungerande behandlingsregim glykemiskt och att minimera andra riskfaktorer för komplikationer såsom hyperlipidemi och hypertoni. Kontinuitet med fast diabetessköterska och fast läkarkontakt i kombination med personcentrerad vård, individuella mål satta med hänsyn taget till övrig sjuklighet och riskfaktorer såväl som personlig motivation och förmåga.

Syfte

Utforma individuella behandlingsmål och säkerställa fast läkarkontakt för de med otillräcklig glykemisk kontroll och därmed öka förutsättningarna för att kunna minimera diabeteskomplikationer.

Metod

Identifiera de patienter som ligger över 60 mmol/mol i HbA1c och ge dessa förutsättningar för att optimera diabetesbehandlingen.

Detta kommer utföras på diabetesronder på 1 h varannan vecka i diabetesteamet, som för närvarande består av diabetessköterska Cecilia Andersén, diabetessköterska Agneta Dean samt internmedicinspecialist tillika ST-läkare i allmänmedicin Lisa Alderskog.

Patienter identifieras via Medrave

- Under rondens görs en översyn av patientens diabetesbehandling med hjälp av mallen "SBAR för diabetesrond", vg se bilaga 1 del 2, journalförs.
- Behandlingsplan för varje patient med individuellt uppsatt HbA1c, LDL och blodtryck journalförs under rubriken *Mål*. Plan för uppföljning upprättas, med prioritering av tid till läkarbesök och diabetessköterskebesök under *Planering*.
- Säkerställande att patient har fast läkarkontakt i Master.
- Ansvarig läkare meddelas via Messenger om behandlingsmål och har möjlighet att komma med synpunkter.

Mål

Att upprätta en individuell behandlingsplan för samtliga patienter med HbA1c > 60 mmol/mol och att samtliga ska listas på fast läkare i Master.

Mätning

Mätning med Medrave av antalet patienter med HbA1c >60 mmol/mol i januari-april 2025 samt statistik från journaluppgifter i journalprogrammet Cosmic hur stor andel som har fast läkarkontakt och uppdaterade individuella behandlingsmål, jämfört med likartad mätning i oktober-november 2025.

SBAR för Diabetesrond

Diabetesrond VC Centrum

Ramar:

S: (Situation)

B: (Bakgrund)

A: (Aktuellt)

R: (Rekommendation)

Situation: Diabetesrond, frågeställning till rond?

Bakgrund:

Diabetesduration:

Andra sjukdomar:

Retinopati:

Nefropati:

Fotstatus:

Tidigare glykemisk kontroll:

Målvärde:

Behandling:

Aktuellt:

HbA1c:

Blodtryck:

LDL:

Compliance:

Rekommendation:

Målvärde HbA1c? LDL? Blodtryck?

Läkmedelsjusteringar?

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	VC Centrum
Planerat startdatum	Februari 2025
Datum för avslut:	November 2025
Rubrik:	Diabetesrond: målvärden och fast vårdkontakt

Tillvägagångssätt:

Med start i februari 2025 träffades vi i diabetesrond på en timme varannan vecka, 1-2 diabetessköterskor och en läkare med diabeteserfarenhet med gemensamt fokus på våra patienter med sämst glykemisk kontroll.

Vid genomgång i Medrave för patienter med diagnos diabetes typ 2 och listade på VC Centrum under de senaste 24 månaderna, fick vi fram 425 patienter i mars 2025. Ca 75 patienter hade HbA1c > 60 mmol/mol. Patienter med HbA1c 61-70 mmol/mol fick tyvärr väljas bort av tidsskäl, och vi fokuserade på gruppen med HbA1c > 70mmol/mol.

Med våra diabetessköterskors goda patientkännedom och journalgenomgång, kunde vi under rondens journalföra en kärnfull sammanfattning av diabetesens duration, komplikationer samt behandlingar historiskt och nuvarande. I flera fall aktualiserades ny behandlingsrekommendation, som förankrades hos patienten genom diabetessköterskan, och förskrivning av läkemedel kunde ofta ske vid rondens.

Vi satte nya individanpassade mål för HbA1c, LDL och blodtryck.

Fast läkarkontakt säkrades, i första hand efter datumfördelning. Ansvarig läkare meddelades diabetesgenomgången via Messenger i Cosmic.

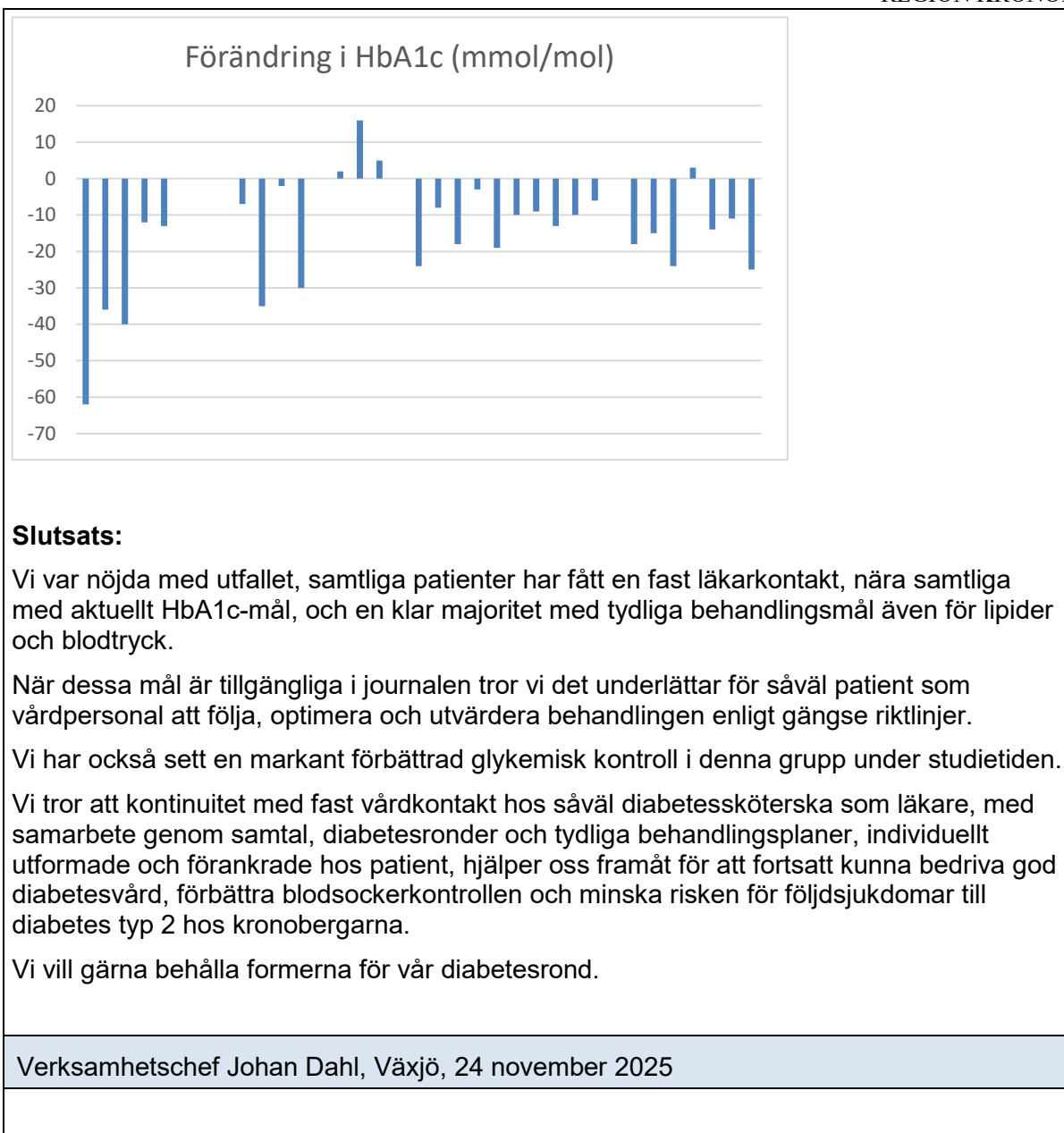
Utfall:

Totalt 35 patienter listade på VC Centrum hade HbA1c > 70 mmol/mol mars 2025, varav 2 exkluderades då de hade bytt vårdcentral under projekttiden. Resterande 33 patienter beskrivs enligt tabell nedan:

	Mars 2025	November 2025
HbA1c < 70 mmol/mol	0%	58%
Mål för HbA1c	39%	97%
Mål för LDL	0%	67%
Mål för blodtryck	0%	67%
Fast läkarkontakt	37%	100%

Vid projektutformningen bedömde vi att projekttiden var för kort för att se effekter på blodsockerkontrollen. Vid sammanställningen i november såg vi dock att 58% av gruppen i november nu hade ett HbA1c < 70 mmol/mol. Mindre än hälften av patienterna var kvar med ett HbA1c>70 mmol/mol!

Av de 29 vi tagit ytterligare HbA1c på, hade 83% ett lägre HbA1c än föregående värde. För hela gruppen blev det en minskning av HbA1c i genomsnitt 13 mmol/mol.



9 Uppföljning av patienter med buksmärta, Vårdcentralen Dalbo

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Vårdcentralen Dalbo, Belma Subasic SSK
Datum för start:	2025-04-22
Planerat datum för avslut:	2025-10-31

Uppföljning av patienter med buksmärta

Bakgrund

På vårdcentralen Dalbo har vi vid genomgång i medrätt en grupp patienter som är återkommande för besvär med matsmältningsorganen och som går under diagnosgruppen buksmärta UNS.

Under perioden mars 2024 till mars 2025 har denna gruppen innefattat 329 unika patienter och 435 kontakter.

Vår upplevelse är att ett flertal patienter inte blir hjälpta för sina besvär och därför återkommer.

Enligt medicinska data förekommer *Helicobacter pylori* i högre frekvens hos personer med låg socioekonomisk status under uppväxtår och i vissa låginkomstländer kan över 80% vara infekterade.

<https://lakemedelsboken.se/terapiomraden/mag--och-tarmsjukdomar/sjukdomar-i-matstrupe-magsack-och-tolvfingertarm/magsackens-och-tolvfingertarmens-sjukdomar/helicobacter-pylori-infektion/>

Många patienter har också svårt att ibland förstå mekanismer som kan påverka och försämra besvären, dvs livsstil och psykosociala faktorer (kost, motion, sömn, rökning, oro, ensamhet). Det i sig kan leda till låg compliance till råd och behandling.

För att kartlägga våra bokningar så vill vi gå igenom hur vi handlägger framförallt de patienter med besvär som innefattar:

Dyspepsi, ont i magen, och där ingen tydlig orsak hittas vid första kontakt och bokning.

Gastroesofagal reflux, de som beskriver att de har sura uppstötningar, halsbränna, ont i bröstet.

Inklusionskriterier

Patienter från 16 år, både kvinnor och män som söker under perioden 250422–251010. Tolk användning är inte exkluderat men kan behövas noteras om det är använt vid besök och vid uppföljning.

Inklusionen gäller enbart de som söker för nya besvär och inte de som redan har haft kontakt eller behandling tidigare.

Kvantitativa metod

I uppföljningen vill vi utifrån symtombeskrivning använda oss av kvantitativ metod genom att mäta följande parametrar och åtgärder hos de bokade patienterna

- Antal patienter inom inklusionskriterier som provtagits för *Helicobacter pylori*.
- Antal patienter inom inklusionskriterier med positiva resultat och behandling av ovanstående.
- Antal patienter inom inklusionskriterier med remiss för gastroskopi.
- Antal av patienter inom inklusionskriterier som fått någon medicinsk läkemedelsbehandling och compliance till det.

Kvalitativ metod

Uppföljande samtal av sjuksköterska 1 månad efter avslutad behandling/åtgärd/råd genomförs i semistrukturerad form.

Intervjuguide blir med följande frågor:

- Upplever du att du har fått hjälp med dina besvär, i så fall på vilket sätt?
- Har du fått några livsstilsråd, i så fall vilka och vem gav dig dem. (kost, motion, rökning, stress)
- Har du ändrat något i din livsstil, i så fall vad?

Uppföljningen av patienter utifrån de båda metoderna innefattar samma patientgrupp och är inte olika grupper med olika metodval.

Insamlande av data kommer delvis ske genom journalgranskning på patienter efter besök.

Samtycke kommer begäras av patienten.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Micael Svensson Växjö 2025-03-26

Bilaga 2

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	VC Dalbo, Belma Subasic SSK
Planerat startdatum	2025-04-22
Datum för avslut:	2025-10-31
Rubrik:	Uppföljning av patienter med buksmärta
Resultat Resultatet har varit svårt att söka fram då det används olika diagnoser lite beroende på problembeskrivning. Vi har tagit hjälp av sökning i medrave på diagnos. Dock visar det sig att det är en spretig diagnos att söka fram för relevanta fakta. Av det skälet är det bara 5 patienter som varit möjliga att få fram.	

- 5 patienter har genom journalgranskning bedömts med kvantitativa mått
- 4 patienter har svarat på kvalitativa mått efter uppföljande kontakt.

Samtliga i gruppen har vid kontakt med vården behövt tolk.

Samtliga undersökta har sökt för sina besvär för första gången, genomgående besväret var buksmärtor och sura uppstötningar under lite längre period, 2 - 3 månader.

Kvantitativa mått:

- 2 patienter har provtagits för *Helicobacter Pylori*, varav en var positiv och fick behandling för det.
- Samtliga 5 har tagit syra hämmande läkemedel. 4 patienter har fått behandling på recept, en har tagit receptfritt på egen hand.
- 1 patient har remitterats till gastroskopi med normalt resultat.
- 1 patient har utöver syra hämmande behandling även utretts med koloskopi då blödning från GI kanalen förekommit samt spirometri då även hosta funnits med i symtombild.

Kvalitativa mått

1 person har inte gått att nå.

- Samtliga 4 tillfrågade har anpassat sin livsstil varav 3 fick livsstilsråd av vården och en har sökt information på egen hand. Råd har framförallt bestått av ökad motion, förändrad kosthållning och minska stress i vardagen.
- Samtliga 4 tillfrågade tycker att de har blivit hjälpta

Analys

I undersökningen är det två kvinnor och tre män som ingår.

Flertalet av patienterna har blivit hjälpta av vården både genom läkemedelsbehandling, men också väldigt tydligt genom att ändra livsstil angående både kost och andra vanor.

Det är ett litet material och därför svårt att dra slutsatsen om vården är samordnad i rutinen för handläggning av dyspeptiska besvär som patienter söker för. Trots det har majoriteten blivit hjälpta av de råd och åtgärder som gjorts.

Tendensen i undersökningsmaterialet verkar ändå vara att börja i det lilla och undvika stora utredningar inledningsvis.

Sammanfattning

Sammantaget är det ett litet material och diagnosen buksmärtor är en bred grupp. Det är sannolikt ett mörkertal under denna period som skulle kunnat inkluderas i vår undersökning.

Trots det begränsade underlaget patienter verkar det ändå vara ett gott resultat då flertalet av patienter har förbättrats. De verkar också haft en god följsamhet till behandling och råd.

För att förbättrat mående ska bibehållas så innebär det att livsstilen behöver beaktas. De symtom och besvär denna gruppen beskriver kan ha flerfaktoriella orsaker och behöver därför hanteras samtidigt. Mycket av detta klarar patienten själv med rätt råd och hjälp.

Namn verksamhetschef, ort och datum:
Micael Svensson avd. chef, Belma Subasic SSK, Växjö 25-11-08

10 Ökad distansmonitorering av blodtryck, Hälsocentralen Falken

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Hälsocentralen Falken
Datum för start:	17 mars
Planerat datum för avslut:	31 oktober

Bakgrund: Arbetet med nära vård ökar kraven på tillgänglighet i primärvården men med samma resurser att tillgå behöver vi bli bättre på att hänvisa patienter till egenvård och egenmonitorering. Ett område som vi har identifierat är egenmonitorering av blodtryck. Aktuellt läge:

Enligt Medrave har vi 250211 388 patienter som senaste året har kodats för hypertoni. Det är ca 18% av listade patienter.

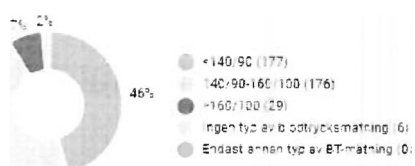
1072 läkemedelsordinationer enligt Medrave mot blodtryck (innefattar även betablockad och loop-diuretika av annan orsak).

- Årskontroller till läkare, kontrollbesök till sjuksköterska på i övrigt friska och välmående patienter tar stora resurser.

På vår DSK-mottagning var det 32 patienter bokade för blodtryck under november månad 2024 (exklusive de som var till andra enheter).

Upplevd risk för överbehandling utifrån kliniska värden

Enbart 46% har värde under 140/90 vilket eventuellt beror på att vi mäter höga värden här som registreras och patienter därefter mäter bra värden hemma som inte registreras. Kliniskt accepterar vi värden på 140/90 vilket i statistiken blir gula.



Många patienter har mätare hemma.

Vi uppnår inte målvärden för frågor om levnadsvanor

Förbättringsområden:

- Hänvisa till användning av egen blodtrycksmätare i hemmet som uppföljning efter högt tryck, ändrad behandling samt i samband med receptförnyelse för de som inte behöver läkarkontakt.
- Bli bättre på att fråga om levnadsvanor vid uppföljning Tillvägagångssätt:
Se över rutin för vilka patienter som bör komma på läkarbesök och hur ofta
- Tydlig rutin kring provtagning vid hypertoni
- Formulär och instruktion till patienter angående blodtryckskontroll hemma
Formulär kring levnadsvanor för patienterna att fylla i
- Struktur för uppföljning av de patienter som inte behöver komma på fysiska besök.

Uppföljning:

Mäta levnadsvanor i Medrave

Mäta antalet patienter som ligger inom målvärde i Medrave

Mäta antal besök för blodtryck på vårdcentralen i tidboken

Mäta antalet inkomna hemmonitoreringar av blodtrycket (blir på papper pga frånvaro av möjlighet att mäta i våra digitala system)

av

Trolig patientnytta:

• Färre besök i vården

• Bättre förståelse för sin egen sjukdom

• Mindre risk för överbehandling

Namn verksamhetschef, ort och datum:

--

Bilaga 2**Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling**

Vårdcentral	Hälsocentralen Falken
Planerat startdatum	17 mars
Datum för avslut:	24 oktober
Rubrik:	Ökad distansmonitorering av blodtryck

Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall (min 200, max 600 ord)

Hur gjorde ni?

Diskussion i läkargrupp kring vilka patienter som bör komma på läkarbesök och hur ofta

- Tydlig rutin kring provtagning vid hypertoni för att minska onödiga blodprov
- Skapade ett formulär och instruktion till patienter angående blodtryckskontroll hemma
- Skapade ett formulär kring levnadsvanor för patienterna att fylla i
- Struktur för uppföljning av de patienter som haft högt tryck, som ett flödesschema

Hur gick det?

Slutdatum reglerades ner en vecka för att möjliggöra att tid fanns i schemat för att skriva rapporten.

Fler patienter ligger inom målvärdet <140/<90. Mätperioden är 1 april-31 oktober 2024 resp 2025.

Färre patienter har bokats för blodtryckskontroller hos SSK. I oktober var det för jämförelse 17 patienter varav en stor del var ortostatiskt tryck och 24-h-mätning. Levnadsvanor registreras i ungefär samma utsträckning som tidigare.

102 patienter har lämnat in uppgifter om mätning av blodtryck hemma istället för omkontroll eller årskontroll på plats.

Relativt få patienter har hänvisats till kontroll hemma istället för årsbesök till läkare på vårdcentralen.

• 2024

Levnadsvanor

Rökvanor (Tillfrågad)

• varav rökare

• 2025

Levnadsvanor

Rökvanor (Tillfrågad)

varav rökare

Fysisk aktivitet (Tillfrågad)

Fysisk aktivitet (Tillfrågad) 4390

Matvanor (Tillfrågad)

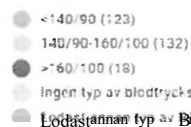
Matvanor (Tillfrågad)

Alkohol (Tillfrågad)

Alkohol (Tillfrågad) 51+8

Patienternas blodtryck, mottagning i perioden (senaste värde)

Patienternas blodtryck, mottagning i perioden (senaste värde)



Varför gick det som det gick?

av

Genom hemkontroller bedöms risken för vitrockshypertoni vara lägre varpå trycken blir lägre
 Har varit en bra förståelse för projektet på arbetsplatsen vilket har gjort att det har använts (primärt av läkare efter förhöjt värde på mottagningen)
 Levnadsvanor har inte alltid prioriterats vid besök hos läkare men brukade göra det hos SSK vilket gjort att det inte blivit bättre.
 Att vi inte har använt oss av årskontroller med distansbedömning i större grad bedöms delvis bero på att det var något nytt och sjuksköterskan i telefonen inte känt sig bekväm att göra den avvägningen även om tanken var att lyfta det med PAL som kan ta beslutet.

Vad kan bli bättre?

Om patienter ska kontrollera om blodtryck kan de även få dokument om levnadsvanor

Använda oss av formulär för blodtryckskontroll på 1177

Använda oss av digitalt formulär för levnadsvanor

Bli bättre på att erbjuda distansbedömning vid årskontroller på patienter som ar i

Övrigt friska, har få läkemedel och har ålder <65 år

Namn verksamhetschef, ort och datum:

12/11/2025 11:11 Mstermo

11 Potensbekymmer hos män med Typ II Diabetes, Gränsbygdskliniken

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Gränsbygdskliniken
Datum för start:	2025-03-01
Planerat datum för avslut:	2025-10-31

Projektbeskrivning (max 400 ord)

Vad vill ni göra?

Vi vill efterfråga och utreda erektil dysfunktion hos män med diabetes typ II.

Erektil dysfunktion innebär en oförmåga att få eller bibehålla erektion tillräckligt länge för tillfredställande sexuell aktivitet. Detta är ett vanligt problem som uppmärksammas allt för lite inom sjukvården. Det drabbar män i alla åldrar, med ökande förekomst i högre

åldersgrupper. Speciellt överviktiga manliga typ II-diabetiker är drabbade, och där har mer än 70 % av dessa patienter problem.

Vi vill därför undersöka och erbjuda utredning och medicinsk hjälp till intresserade patienter i denna patientkategori (Typ II-diabetiker av manligt kön som är listade på vår vårdcentral).

Hur ska ni göra det?

Efter som alla våra patienter med diabetes gör årskontroller hos läkare, tänkte vi under tiden 2025-03-01 – 2025-10-31, i samband med dessa läkarbesök lyfta frågor relaterade till dylik problematik.

Vi tänkte ställa frågorna:

Har du tidigare fått frågor avseende denna problematik?

Är du bekväm med att vi diskuterar dessa problem?

Tycker du att du har dylika problem?

Önskar du utredning av dessa bekymmer?

Vill du ha hjälp för dylika problem?

Vilken hjälp föredrar du som patient?

Vi tänkte även redovisa hur många som fick medicinsk behandling för besvären?

Vi avser även att distribuera Diabetesförbundets skrift "Diabetes och sexlivet" till alla dessa patienter.

Hur ska ni visa hur det gick?

Vi tänkte redovisa hur många patienter som tillfrågats och hur många som varit aktuella att tillfråga.

Vi tänkte också fråga hur nöjda de var med ev. behandling

Vi tänkte vidare redovisa svaren på ovanstående frågeställningar.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Peter Svensson, Markaryd 2025-02-11

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Gränsbygdskliniken
Planerat startdatum	2025-03-01
Datum för avslut:	2025-10-31
Rubrik:	Potensbekymmer hos män med Typ II Diabetes
Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall (min 200, max 600 ord) Hur gjorde ni? Alla våra diabetiker går på årskontroller hos ansvarig läkare på kliniken. I samband med dessa kontroller har vi ställt frågor om eventuella potensproblem hos männen. Eftersom det kan vara lite känsligt att ta upp dessa problem har diskussionen om problemen undantagslöst initierats av ansvarig läkare. Patienterna har fått alla frågorna enligt projektplanen. Vi hade även för avsikt att distribuera diabetesförbundets skrift "Diabetes och ditt sexliv" till samtliga deltagare. Vi märkte dock efter ett tag att männen inte var så intresserade av denna skrift varför vi slutade distribuera denna en bit in i projektperioden. De flesta föredrog en muntlig diskussion. Hur gick det? Deltagandet var mycket gott. Under perioden hade vi 60 manliga diabetiker med Typ II-diabetes på årskontroller. Av dessa missade vi att fråga en patient om deltagande. Övriga 59 tillfrågades. Av dessa förstod en patient inte frågorna på grund av intellektuella tillkortakommanden. Sammantaget inkluderades således 58 patienter. Av dessa hade 17 patienter fått frågor om potens tidigare, och 41 patienter hade inte fått detta. Av de inkluderad 58 patienterna tyckte alla att det var ok att dryfta dessa frågor och 33 uppgav att de hade potensbesvär. Av dessa önskade nio patienter vidare utredning. Av dessa avled en patient under projekt-tiden och en patient avstod från behandling. En patient visade sig ha testosteronbrist och behandlades för detta. Övriga (sex deltagare) önskade undantagslöst Sildenafil-behandling. Varför gick det som det gick? Deltagandet var mycket stort och intresset hos patienterna likaså. Intresset för diabetesförbundets skrift "Diabetes och ditt sexliv" var dock betydligt sämre än vi förutspått. Patienterna hade inga problem att svara på frågorna och vi upplevde inte att patienterna kände sig obekväma med frågorna.	

Snarast var det ett flertal som tyckte det var bra att frågorna togs upp och tyckte det kändes skönt. Flera hade tidigare dragit sig för att ta upp problemen till diskussion, på egen hand.

Utfallsmässigt hittade vi en patient med testosteronbrist och sex patienter som fick tabletter för sina potensbekymmer.

Sammantaget känns det som ett projekt som varit uppskattat hos våra patienter.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Peter Svensson, Markaryd 2025-11-24

12 Möjliggöra behandling med intravenöst järn på vårdcentralen, Vårdcentralen Ingelstad

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling 2025

Vårdcentral	Ingelstad
Datum för start:	20250301
Planerat datum för avslut:	20250930

Projektbeskrivning (max 400 ord)

Vad vill ni göra?

Möjliggöra behandling med intravenöst järn (Ferinject) på vårdcentralen.

Det har under lång tid funnits behov att på vårdcentralen erbjuda intravenös järnbehandling då vissa patienter med lågt blodvärde och järnbrist av olika skäl inte tål per oral järnbehandling eller har medicinska tillstånd där per oral behandling ej är lämpligt.

Då möjlighet för detta ej har funnits på Ingelstad VC hittills har dessa patienter antingen fått fortsätta försöka hålla uppe sitt blodvärde med tablettbehandling på bekostnad av deras livskvalité, alternativt remitterats till Hematologens Dagsjukvård som i vissa utvalda fall har kunnat stötta oss.

Genom att erbjuda behandlingen hos oss kommer patienter kunna få en mer anpassad vård, må bättre och slippa åka in till lasarettet för behandling. Vi får då bättre kontinuitet och kan behålla ett helhetsperspektiv över patienternas vård.

Hur ska ni göra det?

Först och främst måste vi se till att en rutin skapas för hur flödet ska se ut. Där ska framgå vilka patienter som är aktuella för Ferinject dvs tydlig indikation, vilka kontroller som ska ske före och efter, hur läkemedlet ska doseras, förberedas och administreras och hur uppföljning ska se ut. Våra sjuksköterskor måste också vara trygga med att administrera läkemedlet då de ej gjort detta tidigare. Vi hoppas därför att sköterskorna ska få komma på studiebesök hos Kvinnokliniken där man ofta ger järninjektioner och se hur det går till.

Ordinationsansvaret ligger sedan på läkare och därefter får tid bokas hos sköterska. Vid detta besök ges läkemedlet och diagnos- samt åtgärds kod sätts. Man får då även lägga en plan för uppföljning i samråd med läkaren.

Hur ska ni visa hur det gick?

Genom att ta fram statistik i Medrave på diagnos- samt åtgärds koden som sätts i samband med sjuksköterskebesöket kommer vi kunna ta fram siffror över hur många patienter som erhållit injektionen.

Namn verksamhetschef, ort och datum: Caroline Boo avdelningschef, Ingelstad 2025-02-21

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Ingelstad
Planerat startdatum	20250301
Datum för avslut:	20251101
Rubrik:	Möjliggöra behandling med intravenöst järn på vårdcentralen
Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall (min 200, max 600 ord)	
Hur gjorde ni?	
Vi tog fram en skriftlig rutin som beskriver:	
Indikationer för behandling.	
Nödvändiga kontroller före och efter infusion.	
Dosering, beredning och administrering av Ferinject.	
Uppföljning och dokumentation (diagnos- och åtgärds koder).	

Rutinen inkluderade ansvarsfördelning mellan läkare (ordination) och sjuksköterska (administrering).

Som kompetenshöjning för personal fick sjuksköterskor möjlighet till studiebesök på närliggande vårdcentral för att se hur infusioner ges i praktiken.

Intern utbildning och genomgång av rutinen för att skapa trygghet i hantering av läkemedlet.

Hur gick det?

Läkare ordinerar nu behandling och tid hos sjuksköterska bokas. Vid besöket ges infusionen enligt rutin. Dokumentation sker med diagnos- och åtgärds-koder, uppföljning sker i samråd med läkare.

Vi har än så länge administrerat och givit läkemedlet vid tre tillfällen, ytterligare tillfällen är inbokade de närmsta två veckorna. Vi har därmed minskat antalet remisser till hematologens dagsjukvård och bidragit till den nära vården. Patienterna har inte behövt ta sig till sjukhuset och färre personer har varit involverade i patientens vård och behandling.

Varför gick det som det gick?

Under våren och sommaren har projektet legat nere på grund av föräldraledighet och vakans varför arbetet implementerades först under hösten. Implementeringen gick snabbt och lätt.

Rutinen för Ferinject var välstrukturerad och omfattande. Lätt för både sjuksköterskor och läkare att följa och arbeta utifrån.

Möjligheten till hospitering på annan enhet och information på egen enhet skapade trygghet hos personalen.

Patientsäkerheten och nära vård får vara i fokus och rätt tid sätts av i tidboken för administration och övervakning av patienten.

Patienten får ökad livskvalitet genom snabbare och mer effektiv behandling. Helhetsperspektivet bibehålls då vårdcentralen är ansvarig för hela processen.

13 Brevsvar VS svar i KryPro, Kry vårdcentral Älmhult

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Kry Vårdcentral Älmhult
Datum för start:	2025-04-01
Planerat datum för avslut:	2025-10-31

Vad vill ni göra?

Informera patienter svar på utförda undersökningar/provtagningar/återkoppling via Kry:s app istället för att skicka dem i brev via post. Detta kommer enbart ske efter överenskommelse med patienten. Önskar patienten svar i brevform eller via 1177 kommer de fortsatt att få det.

Hur ska ni göra det?

När läkaren får ett svar på utförd undersökning/provtagning/återkoppling som de i vanliga fall skickar svar till patienten per brev så skickar de istället informationen via Kry:s app och dokumenterar i Cambio Cosmic att patienten erhållit svar via KryPro (som systemet heter).

Nuläge:

Läkaren får ett svar 250325, dikterar detta, sekreterare skriver ut senast 250326, lägger till vårdgivare för signering, skickas per post senast 250328. Då det är utdelning av post varannan dag kommer patienten få sitt brevsvar runt 250402-250403. Detta betyder att patienten får vänta 7-8 dagar för att få sitt svar.

Under projektiden:

Samtliga läkare frågar vid patientmöten hur patienten önskar svar/återkoppling. Om patienten önskar svar via brev skickas detta. Om patienten önskar svar via 1177 skickas svaret där. Om patienten önskar svar i Kry:s app skickas svaret där.

Hur ska ni visa hur det gick?

Vi mäter antalet skickade brev och antal svar som skickats i KryPro under perioden 241001-250331 (för att veta nuläget) och under perioden 250401-251031.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Malin Pettersson, Älmhult, 250325

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Kry Vårdcentral Älmhult
Planerat startdatum	250401
Datum för avslut:	251031
Rubrik:	Brevsvar VS svar i KryPro

Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall (min 200, max 600 ord)

Vi mätte antal utskickade brev samt antal skrivna meddelande i KryPro under perioden 241001-250331 för att ha ett utgångsläge. Vi har jämfört antal utskickade brev i %-sats kontra hur många HÖG-prioriterade diktat som har skapats. Vi har sedan mätt samma sak under perioden 250401-251031.

Pappersutskick / digitala utskick

Period	Antal brev	Utskick i appen
241001-241031	150	0
241101-241130	125	10
241201-241231	60	20
250101-250131	70	15
250201-250228	60	10
250301-250331	50	10
250401-250430	50	30
250501-250531	45	35
250601-250630	25	45
250701-250731	45	15
250801-250831	30	10
250901-250930	80	20
251001-251031	35	75

Slutsats: Vi har inte nått den önskade effekten fullt ut. Detta ser vi främst handla om att vi har haft flertalet olika hyrläkare i tjänst som inte kommit in i vårt system KryPro och då har det varit enklare att skicka brev till patienterna. Vi kommer dock fortsätta med arbetet då vi ser det som en stor vinning att minimera antalet utskickade brev, främst ur patientsäkerhet men också med hänsyn till miljön. Genom att skicka meddelande digitalt minimerar vi ledtiderna till patienterna samt att vi minimerar antalet brev som behöver fraktas.

Namn verksamhetschef, ort och datum:
Malin Pettersson, Älmhult, 251125

14 Rätt antibiotika, till rätt patient, i rätt tid, med målvärde 250 uthämtade recept/1000 listade, Vårdcentralen Kungshögen

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Vårdcentralen Kungshögen
Datum för start:	250331
Planerat datum för avslut:	251130

Projektbeskrivning (max 400 ord)

Vad vill ni göra?

Vi vill att antibiotikaförskrivningarna följer stramas riktlinjer. Vi har en fortsatt hög antibiotikaförskrivning och det vill vi ändra på för att medverka i kampen mot antibiotikaresistensen.

Hur ska ni göra det?

1. Gemensam utbildning för samtliga professioner av Strama i april.
2. Sprida information genom affischer/patientbroschyrer från Strama/folkhälsomyndigheten i väntrum och i rum där våra infektionspatienter vistas samt på BVC Familjecentralen Ljungby och JLC Ljungby där en del av våra patienter söker. Utbildningsinsats 31/3 för Familjecentralen, all personal. Därefter planeras särskild utbildningsinsats på BVC för föräldrar där information ges om antibiotika och infektioner.
3. Hyrläkare som kommer till oss får en särskild introduktion av MLA utifrån Stramas riktlinjer.
4. Vi kommer att följa antalet antibiotikaförskrivningar månadsvis från och med 250401 till och med 251130 i Qlickview samt följa Medrave utifrån Primärvårdskvalitet, infektioner och redovisa vid APT med efterföljande reflektion.
5. Vi kommer att följa läkarnas enskilda förskrivning av antibiotika på vårdcentralen via Medrave där vi utgår från alla antibakteriella medel de förskrivit under månaderna februari, maj och september. Journalgranskning kommer att göras av MLA för att se om följsamhet enligt Stramas riktlinjer följdes vid förskrivning av antibiotika. Patienter som har Pascal kan vi inte följa förskrivningen för journalgranskning men läkemedelskommitten Strama i Regionen kommer redovisa för oss hur många av våra patienter som har Pascal.

Hur ska ni visa hur det gick?

1. Redovisa antibiotikaförskrivning per 1000 listade invånare månadsvis för 2023, 2024 och 2025 enligt tabell nedan för att se om effekt uppnåtts

	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November
2023								
2024								
2025								

2. Redovisa följsamhet till stramas riktlinjer efter journalgranskning februari, maj, september 2025.
3. Redovisa utbildningsinsatser som vi har genomfört och reflektion kopplad till en tänkbar ändrad förskrivning.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Carina Heed Ljungby 25-03-28

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Vårdcentralen Kungshögen
Planerat startdatum	250331
Datum för avslut:	251130
Rubrik:	Rätt antibiotika, till rätt patient, i rätt tid, med målvärde 250 uthämtade recept/1000 listade

Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall (min 200, max 600 ord)**Hur gjorde ni?**

1. Efter kontakt med Strama beslutade vi oss att det inte var nödvändigt med utbildning från dem då vi hade en genomgång med dem oktober 2023. En läkare har vid våra Microteach informerat om våra vanliga infektionssjukdomar och behandling.
2. Affischer, patientbroschyrer och annat material från Strama gick vi igenom och lämnades till Familjecentralen/BHV, i vi vårt infektionsrum samt på JLC Ljungby. En utbildning hölls av infektionsläkare för förskola och BHV-personal från vårdcentral om infektioner i förskolan. BHV sköterska informerar i föräldrargrupp om infektioner, egenvård och antibiotika.
3. Hyrläkare på plats fick ta del av Stramas riktlinjer.
4. På APT 2/4 informerades det om kvalitetsarbetet och hur våra siffror var. På APT tittade vi på förskrivning och följsamhet, reflekterade över att en del av förskrivningen var något vi inte kunde påverka. Har följt detta månadsvis. (sommaren/sommarsemestern undantaget).
5. MLA gjorde journalgranskning utifrån Medrave – antibakteriella läkemedel i februari och maj men blev inte granskad september på grund av frånvaro. Vi kunde ej följa förskrivningen i Pascal och apotekare på läkemedelsenheten kunde inte ta fram hur många dospatienter/Pascall vi har.

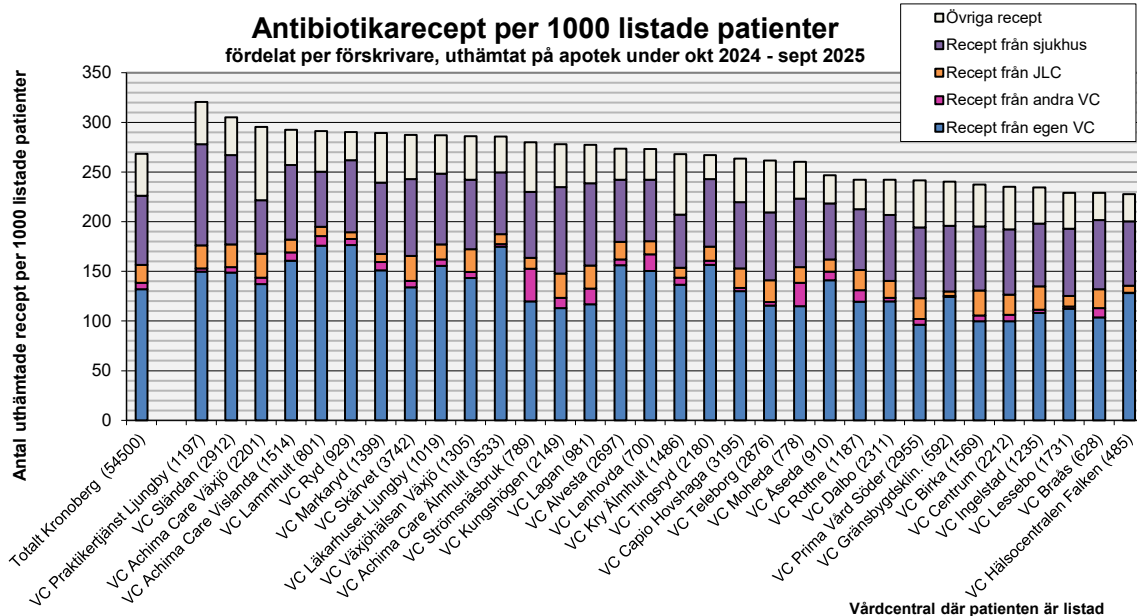
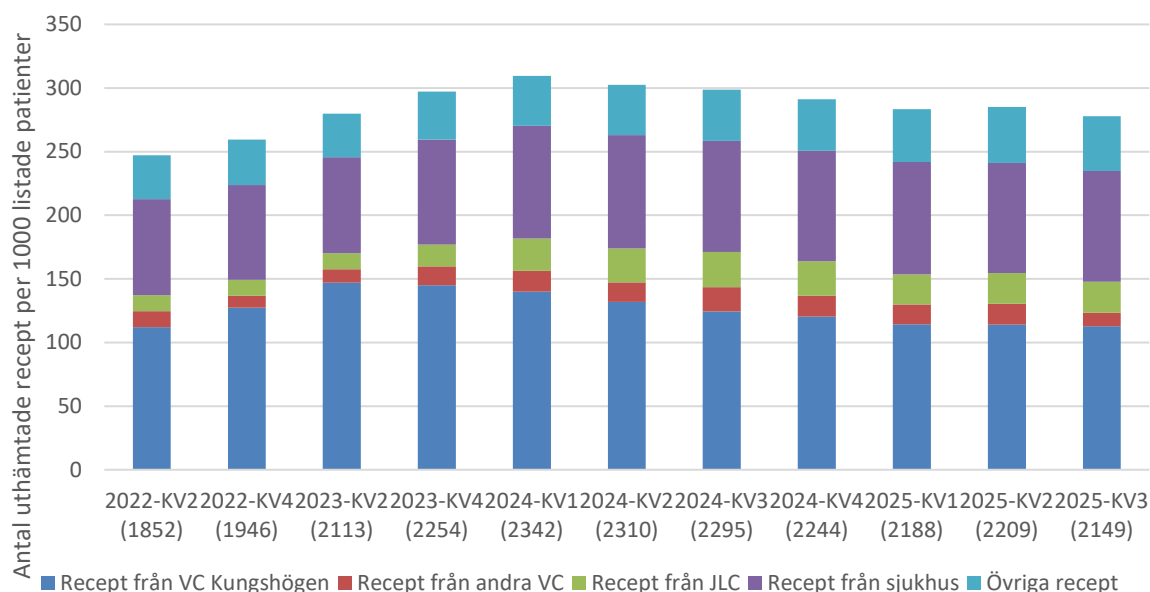
Hur gick det?

1. Antal antibiotika /1000 listade patienter på Vårdcentralen Kungshögen. Vi ser att antalet förskrivningar sjunkit.

	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November
2023	281	282	279	280	282	284	291	295
2024	306	303	302	300	302	299	294	291
2025	282	284	285	285	279	277	278	-

2. Granskning av journaler av MLA i februari av 95 förskrivningar var det en specifik hyrläkare som dubbelförskrev antibiotika tablett samt flytande vid samma besök till barn. I maj av 79 förskrivningar var det en specifik hyrläkare som förskrev Doxyferm istället för PcV vid fyra tillfällen felaktigt.. Vi såg även att någon "rörotit" eventuellt skulle kunna ha behandlats med Terracortril med Polymyxin B istället. Hyrläkaren jobbar inte kvar hos oss. September granskades inte journalerna.

Antibiotikarecept per 1000 listade patienter på VC Kungshögen
fördelat per förskrivare, uthämtat på apotek under 2022-2025
(siffror i parentes motsvarar antalet alla antibiotikarecept utfärdade under given period)



3. Tittar vi på rullande tolv från kvartal 2, 2022 och fram till kvartal 3, 2025 så har förskrivningen på vårdcentralen sjunkit. Vi ser även att vårdcentralen inte förskriver i högre utsträckning än vad övriga vårdcentraler gör i dagsläget. Det går inte att redovisa i siffror om utbildningsinsatser/reflektion är kopplad till ändrad förskrivning.

Varför gick det som det gick?

Vårt fokus på kvalitetsarbetet var att få ner antibiotikaförskrivningen och det lyckades vi med. Vad vi behöver undersöka mer är varför det förskrivs mer i kategorin övrigt, sjukhus och JLC och om vårdcentralens tillgänglighet kan påverka förskrivningen.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Margaretha Danielsson verksamhetschef. Ann-Sofi Henriksson avd.chef Ljungby 251127

15 Kommunikation från Cosmic till patient via 1177.se, Tingsryds vårdcentral

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Tingsryd VC
Datum för start:	25-05-01
Planerat datum för avslut:	25-11-15

Projektbeskrivning: Kommunikation från Cosmic till patient via 1177.se

Syftet med årets kvalitetsarbete är att införa digitalt kommunikationssätt med patienten via 1177.se. Genom att använda digitala kommunikationskanalen kan patienter lättare få tillgång till sin journal, ställa frågor och få svar snabbt. Införandet av det nya arbetssättet är att den digitala kommunikationen ska vara första handsval att patienten ska ta del av sin journalinformation via 1177 journalen. Idag sker mestadels kommunikation kring provsvar, undersökning och fortsatt planering via brev eller telefonkontakt.

Mål är att minska fysiska brevutskick till patienten samt öka digital kommunikation med patienten via 1177 journalen.

Metod

All personal har fått utbildning om digital kommunikation med patienten via 1177 personalverktyget av VIS-supporten.

Patienten informeras och hänvisas till webbplatsen 1177.se för digital vårddokumentation på följande sätt:

* I mötet med patienten/anhöriga, muntlig information, fysiska informationsblad eller att länken skickas till patientens inkorg i 1177 via personalverktyget 1177.

*Information till patienten idag via brev skickas med tillägg av frasminne i brevmallar *Var digital med oss - logga in och läs din journal på 1177.se. Region Kronoberg arbetar för att minska pappersutskick. I 1177 journal kan du bland annat se anteckningar, ordinationer och provsvar.*

Ibland behöver vi nå dig, se därför till att du uppdaterar dina kontaktuppgifter på 1177.se och godkänner avisering och delning.

Resultat

Projektet pågår mellan 25-05-01--25-11-15. Statistiken hämtas via Journalapplikation i QlikView, urval brev och jämför med samma period året innan.

Statistik Digital Kommunikation följ via länken [Ärenden - Inera](#)/VC Tingsryd/Rubrik "Antal inkomna och avslutade ärenden per flödestyp och ärendetyp"/Antal inkomna ärenden Invånarinitierat/Vårdinitierat

Namn verksamhetschef, ort och datum:
Gunilla Berg, 250303

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Tingsryd VC
Planerat startdatum	25-05-01
Datum för avslut:	25-11-15
Rubrik:	Kommunikation från Cosmic till patient via 1177.se
Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall Datakälla: Statistik har hämtats via Journalapplikation i QlikView. Urval: Brev med datumintervall 2024-05-01 – 2024-11-15 jämfördes med samma period året efter (2025-05-01 – 2025-11-15). Digital kommunikation: Uppföljning via Inera-länk: Ärenden → VC Tingsryd → Rubrik:"Antal inkomna och avslutade ärenden per flödestyp och ärendetyp". Utfall Brev till patient Period 2024-05-01 – 2024-11-15: Antal brev: <u>2 083</u> Period 2025-05-01 – 2025-11-15: Antal brev: <u>842</u> Minskning med 1 241 brev (≈ 59,5 %). Detta indikerar att digitala lösningar har ersatt traditionell kommunikation, vilket sparar tid och resurser.Effekt: Mindre administrativt arbete, snabbare informationsflöde, mindre påverkan på miljön. Ärenden Digital kommunikation, Vårdinitierad Period 2024-05-01 – 2024-11-15: <u>22</u> Period 2025-05-01 – 2025-11-15: <u>911</u> Ökning: 889 ärenden (≈ 4 041 %) Patienterna använder i mycket större utsträckning digitala kanaler, vilket tyder på att informationen är mer tillgänglig och att tjänsterna är väl implementerade. Effekt: Ökad patientnöjdhet, bättre spårbarhet och dokumentation. Slutsats: Resultaten visar att satsningen på digital kommunikation och tydlig patientinformation har haft stor effekt. Detta är ett kvalitetsarbete som både förbättrar patientupplevelsen och effektiviserar vårdens interna processer.	

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Stefan Carlsson, Växjö 251120

16 Taligenkänning 2.0, Vårdcentralen Lagan

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Vårdcentralen Lagan
Datum för start:	2025-03-24
Planerat datum för avslut:	2025-12-31

Projektbeskrivning (max 400 ord)

Vad vill ni göra?

Vi vill öka användandet av taligenkänning för samtliga professioner på vår enhet för att förbättra kvaliteten i vår dokumentation. Detta förbättrar patientsäkerheten genom att patienten direkt kan läsa i sin journal.

Hur ska ni göra det?

1. Gemensam utbildningsinsats för samtliga professioner under Mars/April 2025. Utbildningsinsatsen kommer att innehålla teknik för taligenkänning. Superanvändare från enheten kommer att hålla i detta för sina kollegor.
2. Framtagande av frasminnen och autotexter (tikmakron).

Hur ska ni visa hur det gick?

Antalet användare som tikiar, fördelning per yrkesgrupp och tim per enhet samt upplevelsen av att använda TIK före och efter utbildningsinsats. Mätmetoderna kommer att vara en enkät via esmaker före och efter och via applikationen QlikSense inför uppstart, månadsvis till och med december 2025 samt jämförelse samma period 2024.

Mätning 2024	feb	mars	April	Maj	Juni	Juli stängd	Augusti	September	Oktober	November	December
Tim per enhet	1,1	0,2	0,7	0,2	0,3		0,7	2,8	2,6	1,5	1,5
Antal användare	3	4	3	2	1		2	1	2	4	2
Fördelning per yrkesgrupp läkare,	0	0	32,4	0	0		8,5	0	2	0,4	0
Fördelning per yrkesgrupp övriga	100	100	67,6	100	100		91,5	100	98	99,6	100
Antal per månad											

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Carina Heed, Lagan 2025-02-26

Bilaga 2

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Vårdcentralen Lagan
Planerat startdatum	2025-03-24
Datum för avslut:	2025-12-31
Rubrik:	Taligenkänning 2.0

Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall (min 200, max 600 ord)

Hur gjorde ni?

Vi smygstartade lite i februari därför har vi med februaries mätetal sedan så hade vi en utbildningsinsats för samtliga professioner i mars. Sekreteraren blev tik ambassadör, och är den som hållit utbildningar för ny personal och efterhand så har det mest varit för hyrläkare som hon har nyutbildat efterhand som de kommit i höst.

Hur gick det?

Flera professioner har kommit igång och använder det såsom sjuksköterskor och sekreterare och den fasta läkarstaben som fanns under våren. Tik användningen föll lite i glömska under sommaren men har kommit igång igen i höst. Vi ser en ökning från 2024 och en ganska markant ökning från juli 2025 i antal dikterade timmar samt en ökning av antalet användare sedan arbetet påbörjades. Det har inte kommit in önskemål om så många autotexter/ frasminnen, men de som finns fungerar bra. Vi planerar att ha en uppdatering för befintlig personal i användandet i höst igen, då det är bra att bli påmind om funktioner som finns som man kanske inte tog till sig första utbildningen.

Mätning 2025	feb	mars	April	Maj	Juni	Juli *	Augusti	September	Oktober	November	December
Tim per enhet	0,2	1,4	3,0	2,8	2,1	16,1	21,8	25,8	22,2		
Antal användare	4	5	5	6	3	10	14	15	12		
Fördelning per yrkesgrupp läkare,	33,3	8,1	2	0,7	7,3	73,5	81,9	79,8	75,2		
Fördelning per yrkesgrupp övriga	6,67	9,9	98	99,3	92,7	26,5	18,1	20,2	24,8		
Antal per månad											

*Sammanslagning sommaren med kungshög och sländans VC

Varför gick det som det gick?

I våras så hade vi flera fasta läkare som var med i projektet och var inspirerade att jobba med tik. Sedan augusti har det varit olika hyrläkare vilket har gjort att det är många användare. Hyrläkarna har haft varierade kunskaper i tik och vi har inte kunnat vara lika restriktiva med att de ska tika om de inte varit vana vid det sedan tidigare. Men de som velat har kunnat få hjälp att komma igång beroende på vilken arbetsbelastning som de haft när de varit här.

Vi har skickat ut en enkät för att få svar på hur användningen av tikning är i dag och av de som svarade så tika 20% dagligen 40% någon gång i veckan, resten någon gång i månaden. 60% använde tik till att skriva journalanteckning, resten till meddelande i Messenger.

De flesta ansåg att fördelen med att använda Tik är att det minskar belastningen på händer och handleder, en ökad produktivitet vad det bara 20% som angav som fördel med tik, det beror säkert på att de inte kommit igång riktigt med det och att det fortfarande är ovant.

Utmaningen med tik användning har varit att programmet har känt igen fel ord men inte någon tyckte att programmet var speciellt svårt men man behöver komma igång mer med användande för att det ska vara en hjälp. De som har svarat på enkäten är administrativ personal och sjuksköterskor, vi har inte fått svar från läkare säkert beroende på att vi i dagsläget inte har någon fast läkare kvar som var med i uppstarten av projektet.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Margareta Danielsson / gm avdelningschef Marie-Louise Roos Lagan 2025-11-24

17 Digitala kallelser för hälsosamtal 50-åringar, Lammhults vårdcentral

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Lammhult
Datum för start:	2025-04-01
Planerat datum för avslut:	2025-11-15

Vad vill ni göra?

Ny kallelse via personalverktyget 1177 för att kalla 50-åringar för riktade hälsosamtal enligt nya riktlinjer Region Kronoberg där digitala kallelser ska vara förstahandsval före brevutskick. Vi vill undersöka om det är tidsbesparande och om blir fler eller färre bokningar då vi lägger mer ansvar på patienten att självständigt besluta och boka sitt riktade hälsosamtal.

Rutin idag:

1. Informationsbrev skickas ut till listade 50-åringar.
2. Bokar in och skickar kallelse för telefontid.
3. Telefonsamtal inför hälsosamtalet, telefonsamtalet tar cirka 20 minuter exklusive journalföring. Under telefonsamtalet tackar patienten ja eller nej.

4. Tackar patienten ja skickas ytterligare en kallelse ut med besökstid och hälsoformuläret Hälsokurvan.
5. Bokar in patienten för provtagning inför hälsosamtalet.

Bokningsprocessen tar cirka 1 timme per hälsosamtal.

Hur ska ni göra det?

Vi ska skicka ut kallelse för riktade hälsosamtal via personalverktyget 1177.

VIS ska koppla vårdtjänsten livsstilsmottagning för webbtidsbokning.

Medicinsk sekreterare utformar mall för inbjudan till riktade hälsosamtal i personalverktyget 1177

Hur ska ni visa hur det gick?

Mäta tidsåtgången för att boka och kalla patient via personalverktyget 1177.

Hur många som tackar ja eller nej till riktade hälsosamtal jämfört med 2024-04-01 till 2024-11-15 då vi inte kommer att ringa upp patienten. Statistik hämtas via Medrave.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Gunn Örnevi Johansson, Lammhult 2025-03-25

Bilaga 2

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Lammhult
Planerat startdatum	2025-04-01
Datum för avslut:	2025-11-15
Rubrik:	Digitala kallelser för hälsosamtal 50-åringar
Hur gjorde ni? Vi skickade ut kallelse för hälsosamtal till alla 50-åringar som är kopplade till 1177, 26 patienter, övriga 7 patienter skickades brevledes. Hur gick det? 7 patienter tackade ja och 8 har tackat nej. 13 patienter har läst meddelandet i 1177 men inte svarat. Detta tolkas som att de inte är intresserade eftersom de aktivt läst meddelandet. 2024 var det 7 av 25 patienter som tackade ja. 2025 var det 7 av 33 patienter som tackade ja.	

Tidsåtgången är inte mer än någon minut per patient för att skicka meddelandet via 1177. Om patienten tackar ja bokar patienten själv tid för provtagning och hälsosamtal samt fyller i hälsoenkät via länkar i meddelandet.

Den tidigare kallelsen skickades ut via Kivra eller brev av undersköterska som bokade in telefontid på 15 minuter till sjuksköterska, sedan efter telefonsamtalet eventuellt bokar in en tid för hälsosamtal om patienten tackar ja.

Varför gick det som det gick?

Det vi kan konstatera är att ett telefonsamtal till patienterna gör att marginellt fler bokar tid för hälsosamtal. Vi sparar cirka 19 minuter per patient.

Hur det ser ut för patienten i 1177:

Inbjudan - Välkommen på ett hälsosamtal till din vårdcentral

Information

2025-03-14 08:13

Till dig som erbjuds ett Hälsosamtal!

Vi vill hjälpa dig att göra medvetna val för din hälsa. Därför erbjuds nu alla 50-åringar i Region Kronoberg ett Hälsosamtal på sin vårdcentral.

Hälsosamtalet kan vara till nytta för dig oavsett om du känner dig fullt frisk. Samtalet utgår från dig, dina vanor och dina förutsättningar. Under samtalet erbjuds du råd och stöd som anpassas efter din livssituation. Även små förändringar kan göra skillnad för din hälsa. Du hittar mer information om Riktade hälsosamtal på 1177.se.

Besöket är kostnadsfritt och tar en timme. Det är frivilligt att delta.

Tacka ja till erbjudandet om hälsosamtal på din vårdcentral. Din hälsa är viktig!

Så här går det till:

1.Svara på nedanstående fråga och välj sedan **Skicka**

2. Senast en vecka innan hälsosamtalet ska du ta blodprov. Blodprovet tar du på din vårdcentral.

3. De prover som tas är blodsocker och blodfetter. Vi mäter ditt blodtryck, midjemått, stuss, längd och vikt. Du ska inte äta eller dricka 10 timmar innan provtagningen, men ett litet glas vatten går bra. Om möjligt avstå från mediciner till efter provtagningen. Du får inte röka, snusa eller tugga tuggummi innan provtagningen. Du ska inte ha någon infektion med feber.

4. Inför hälsosamtalet får du fylla i en hälsoenkät.

5. Du får en personlig hälsokurva som ger dig en bild av din hälsa. Du får prata om hur du mår, hur ditt liv och dina vanor ser ut och om det finns något du vill förändra för att förbättra din hälsa.

6. Du bestämmer själv om du vill förändra något. Om du behöver hjälp att förändra och förbättra din hälsa kan du få det. Det behöver inte vara någon stor förändring, även små förändringar kan göra skillnad.

Hur skyddas mina data? Dina uppgifter sparas i en databas för att följa hälsoutvecklingen i Kronoberg över tid. Uppgifter kan komma att hämtas från register om civilstånd, medborgarskap, födelseland, invandringsår, föräldrars födelseland, yrke, utbildningsnivå, inkomster, vårdkontakter och en geografisk kod. Alla dina uppgifter är skyddade av Offentlighets- och sekretesslagen och Dataskyddsförordningen (GDPR). Ansvariga för databasen är Folkhälso- och statistikenheten, Region Kronoberg.

Du har rätt att få en kopia med dina uppgifter från databasen om du vill.

Svar

2025-03-17 11:36

Välkommen på ett hälsosamtal

Du bokar själv en tid via [1177.se](#) - se instruktion nedan.

En vecka innan hälsosamtalet ska du besöka tid för provtagning på din vårdcentral.

Så här bokar du tid för hälsosamtal och provtagning:

- Klicka på den här länken [Boka tid direkt](#)
- Välj **Hälsosamtal**
- Därefter väljer du datum och tid och bekräftar tiden

Backa med **← pilen** för att komma tillbaka till inkorgen och boka tid för provtagning som ska ske **cirka en vecka** innan hälsosamtalet.

- Klicka på den här länken [Boka tid direkt](#) 
- Välj **Provtagning - ordinerade prover**
- Därefter väljer du datum och tid och bekräftar tiden

Tänk på att:

- Blodprovet ska tas **fastande**. Du ska alltså **inte äta eller dricka** efter midnatt innan provtagningen, men du får ta eventuella mediciner med lite vatten.
- Du ska **inte** ha någon **infektion** med feber
- Du får **inte röka, snusa** eller **tugga tuggummi** innan provtagningen

[Du kan läsa mer om hälsosamtal på 1177.se](#) 

Med vänlig hälsning

Vårdcentralen Lammhult

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Gunn Örnevi Johansson, Lammhult 2025-11-24

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Lenhovda
Datum för start:	2025-03-19
Planerat datum för avslut:	2025-10-31
Projektbeskrivning: FEV1/FEV6-mätning, screeninginstrument vid misstanke om KOL Vad vill ni göra? Vi vill öka kunskapen i personalgruppen kring hur och när en FEV1/FEV6-mätare används, samt öka användandet när indikation föreligger. Idag används inte FEV1/FEV6-mätare i den utsträckning som det bör göras enligt kliniska spår vid misstanke om KOL. I QlikView har det registrerats 0 mätningar under 2024 och ingen i personalgruppen förutom astma/KOL-sköterska vet hur man använder mätaren. Hur ska ni göra det? Vi kommer använda oss av en kvantitativ metod där vi jämför antal FEV1/FEV6-mätningar under 2024 med antal mätningar som görs under projektet gång. Projektet kommer att pågå under perioden 19/3 till 31/10 2025. Enligt kliniska spår ska FEV1/FEV6-mätare användas som screening vid misstanke om KOL (Ej patienter med diagnostiserad KOL). Misstanke föreligger om följande tre kriterier är uppfyllda: • Patienten har luftvägs- eller andningsbesvär. • Patienten är över 40 år. • Patienten är rökare eller har tidigare rökt minst 10 paketår. Då vi arbetar på en liten vårdcentral kommer samtliga undersköterskor, sjuksköterskor och läkare inom kort få genomgång av astma/KOL-sköterska hur en FEV1/FEV6-mätare fungerar och vilka två värden som ska registreras. FEV1/FEV6-värdena (FEV1/FVC och FEV1) ska skrivas in under lokala analyser i Cosmic. Om mätningen visar FEV1/FVC under 0,74 samt FEV1 under 80% av förväntat värde ska astma/KOL-sköterska informeras och spirometri genomföras. Förhoppningen är att Astma/KOL-mottagningen ska kunna hjälpa dem som blåser låga värden i FEV1/FEV6-mätningen snabbare, samt sälla bort dem som blåser bra värden. På detta sätta hoppas vi kunna hjälpa och diagnostisera KOL-patienter snabbare. Hur ska ni visa hur det gick? När projektet avslutats kommer vi jämföra antal utförda FEV1/FEV6-mätningar under perioden 19/3- 31/10 med antal mätningar som är utförda under 2024 i QlikView. Astma/KOL-sköterska ska också räkna hur många patienter som blåst i FEV1/FEV6-mätare innan de gör spirometri vid misstanke om KOL.	

Namn verksamhetschef, ort och datum:
Stefan Carlsson, Lenhovda vårdcentral, 2025-03-19

Bilaga 2

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Lenhovda
Planerat startdatum	2025-03-19
Datum för avslut:	2025-10-31
Rubrik:	FEV1/FEV6-mätning vid misstanke om KOL.
Hur gjorde ni? Samtliga undersköterskor, sjuksköterskor och läkare har fått en genomgång av astma/KOL-sjuksköterskan om vilka kriterier som behöver uppnås för att misstanke om KOL ska föreligga (kriterierna finns att läsa i projektplanen). Personalen har också fått en genomgång av hur en FEV1/FEV6 mätare fungerar, samt vilka två värden (FEV1 och FEV1/FVC) som ska dokumenteras under lokala analyser i Cosmic. Personalen blev även informerad om vilka referensvärden som gäller (FEV1 över 80%, FEV1/FVC över 0,74). Vid de mätningar där en patient blåst under referensvärden har Messenger skickats till astma/KOL-sköterska för kännedom och vidare utredning. För att underlätta handhavandet har en lathund varit placerad tillsammans med FEV1/FEV6-mätaren. Hur gick det? Nu när tiden för kvalitetsarbetet har avslutats kan vi konstatera och jämföra värdena i QlikView. Totalt sett har det utförts åtta mätningar under perioden som kvalitetsarbetet pågått, där en av mätningarna inte noterade FEV1/FVC. • FEV1: 8 stycken mätningar • FEV1/FVC: 7 stycken mätningar Det är en tydlig ökning då det var 0 mätningar under hela 2024. Av de totalt åtta patienterna som blåste i FEV1/FEV6-mätaren var det en som gick vidare till spirometri.	

7st patienter blåste så pass bra värden att inget behov av vidare utredning av deras lungfunktion behövdes i nuläget.

Två personer har under denna period gjort spirometri i utredningssyfte för KOL utan att först ha blåst i en FEV1/FEV6-mätare.

Varför gick det som det gick?

Att vi fått ett ökat användande av FEV1/FEV6-mätaren beror på ett engagemang och intresse från personalgruppen.

Det har dock visat sig att det är svårt att upprätthålla kunskapen kring FEV1/FEV6-mätaren när den används så sällan, därav har två patienter som misstänks ha KOL gjort spirometri utan att de först blåst i en FEV1/FEV6-mätare.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Stefan Carlsson, Lenhovda, 2025-11-13.

19 Införande av Öppen-dörr Tid för Läkare, Lessebo vårdcentral

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Lessebo
Datum för start:	20250320
Planerat datum för avslut:	20260320

Projektplan: Införande av Öppen-dörr Tid för Läkare

19.1.1 Bakgrund

God samverkan mellan läkare och övriga professioner är avgörande för en effektiv vård och hög patientsäkerhet. Brist på tillgänglighet för snabb rådgivning kan leda till fördröjda beslut, ökad arbetsbelastning och sämre kontinuitet i patientansvaret. För att förbättra detta införs en öppen-dörr tid där sjuksköterskor och andra professioner kan diskutera patientrelaterade frågor direkt med ansvarig läkare.

19.1.2 Syfte

Projektet syftar till att öka tillgängligheten till läkare för att förbättra samarbetet inom vårdteamet. Genom att införa schemalagd öppen-dörr tid förväntas arbetsflödet effektiviseras, vilket kan bidra till snabbare beslut, minskad arbetsbelastning och ökad kontinuitet i vården.

19.1.3 Metod

Läkarna schemalägger 30 minuters öppen-dörr tid 2–3 gånger per vecka, där sjuksköterskor och andra professioner kan ställa frågor om de patienter som är listade hos läkaren. Projektets effekt utvärderas med en enkätundersökning före införandet och tre månader efter. Dessutom följs kontinuitetsindex upp ett år efter införandet för att bedöma långsiktig påverkan.

19.1.4 Mål

- Skapa en fast tid 2–3 gånger per vecka där läkare är tillgängliga för frågor.
- Förbättra upplevd tillgänglighet och samverkan mellan professioner.
- Öka kontinuiteten genom att fler patienter träffar sin listade läkare.

19.1.5 Utvärdering

- En enkätundersökning genomförs före införande och 2 samt 6 månader efter införandet för att mäta upplevd tillgänglighet och samverkan.
- Kontinuitetsindex följs upp ett år efter införandet för att analysera långsiktig effekt.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Bilaga 2

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

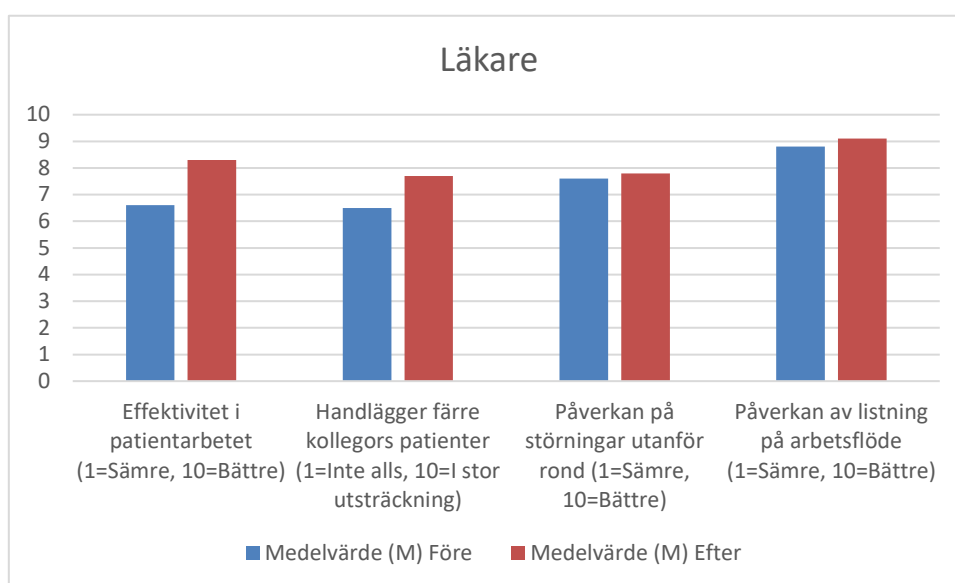
Vårdcentral	Vårdcentralen Lessebo
Planerat startdatum	20250320
Datum för avslut:	20260320
Rubrik:	Införande av Öppen-dörr Tid för Läkare
Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall (min 200, max 600 ord) Hur gjorde ni? För att uppnå målet om en bättre interprofessionell samverkan inledde vi projektet med en omstrukturering av läkarschemat. Detta gjordes för att identifiera och täcka vissa uppgifter i patientarbetet som vi såg som gemensamma inom läkargruppen. Vi skapade därefter rollen som "Fast Läkarkontakt" och avsatte specifika tider för denna funktion. Projektets kärna bestod i att schemalägga 2–3 tider i veckan då sjuksköterskor och andra professioner kunde ställa icke-akuta frågor till den Fast Läkarkontakten. Vi etablerade också tydliga flödesregler för att skilja på olika frågetyper: Akuta frågor fortsatte att hanteras direkt av Libero-doktorn (jour/bakjour), medan alla övriga icke-akuta patientrelaterade frågor hänvisades till den Fasta Läkarkontakten under de schemalagda "Öppen-dörr"-tiderna. Denna struktur säkerställer att alla frågor får rätt hantering samtidigt som den skapar ett bestämt tillfälle för planerad rådgivning Utvärdering av resultatet gjordes primärt av enkätfrågor innan och efter förändringen där man fick skatta 1 till 10 på hur man upplevde förändringar. Vi undersökte sedan förändringen avseende medelvärde på respektive yrkesgrupp	

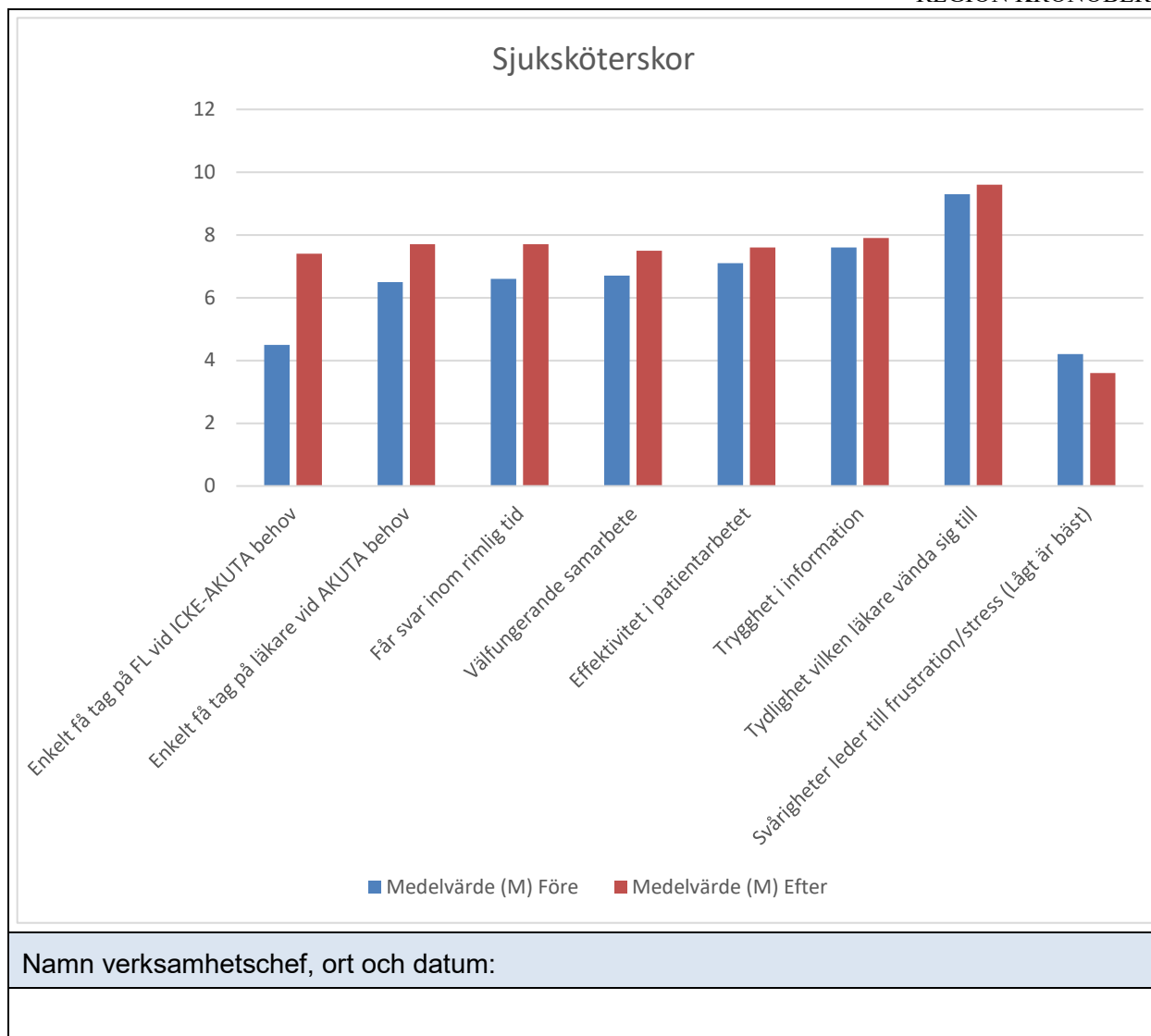
Sammanfattning av Resultat (Före vs. Efter Förändring)**Läkare (se bilaga 3)**

Förändringen avseende fast läkarkontakt och ronder har lett till en tydlig förbättring för läkargruppen, där den upplevda effektiviteten i patientarbetet ökade markant (medelvärde från 6,6 till 8,3). Läkarna upplever också att de i större utsträckning handlägger färre av kollegornas patienter (+1,2). Även om upplevelsen av minskade störningar utanför ronden sjönk något, ligger den fortfarande på en hög nivå, och den positiva effekten på effektiviteten är den mest framträdande vinsten.

Sjuksköterska/Distriktssköterska (se bilaga 3)

Sjuksköterskorna upplevde den största positiva förändringen av alla yrkesgrupper, särskilt gällande tillgänglighet. Förmågan att få tag på fast läkare vid icke-akuta behov förbättrades avsevärt (medelvärde från 4,5 till 7,4). Även tillgängligheten vid akuta behov och upplevelsen av att få svar inom rimlig tid har stärkts avsevärt. Denna förbättring av tillgängligheten har även lett till en minskning av den upplevda frustrationen/stressen i arbetet, vilket tyder på att en stor daglig flaskhals har adresserats framgångsrikt.





20 Borreliaflöde utan fysiskt besök, Läkarhuset

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Läkarhuset
Datum för start:	2025-05-19
Planerat datum för avslut:	2025-11.15

Syfte: att utveckla den digitala vården på vårdcentralen på ett patientsäkersätt för flödet klassisk hudborrelia hos vuxen patient.

Bakgrund: Under sommarhalvåret söker många för klassiskt hudborreliasymtom. I nuläget söker många patienter för dessa åkommor sig till nätläkare för bedömning och behandling. För många patienter är påföljden att varken besöket eller medicinering är dokumenterad så den nås via cosmic eller NPÖ. Om komplikationer uppstår tex läkemedelsallergi, går det oftast inte att följa vårdförloppet bakåt hos nätvårdvården för ordinarie vårdgivare. Nätvårdgivaren i sin tur har ingen kännedom mer än det patienten själv säger angående sin egen sjukdomshistoria, vilket kan tex orsaka utskrift av ett antibiotikum som hen har allergi för.

Vi har under många år använt funktionen facetime i Teleq (telefonrådgivningsinstrumentet) och har redan där ofta kunnat identifiera dessa åkommor men ändå fått boka dessa fysiskt till läkare eftersom facetime bilden ofta är oskarp. Däremot klarar teleq:s bildskärpa att kunna identifiera känd patient och identifikation via id eller körkort. Det nya arbetssättet med att skicka bilder till hudkliniken, gav oss idén att patienten skickar sina bilder till Läkarhusets mobiltelefon. De flesta i befolkningen har en bra vana av att använda sin mobilkamera. Bilden som skickas till mobiltelefonen har en bättre skärpa och upplösning och kan förstöras vid behov.

I detta digitala arbetssätt, se genomförande ser vi en möjlighet att kunna ge samma patientsäkerhet som vid ett fysiskt besök på vårdcentralen.

Genomförande:

Vid samtal i Teleq med denna patientgrupp följa Bilaga 1 angående kriterier för vuxna med misstänkt hudborrelia. Om kriterierna överensstämmer be patienten skicka foto efter identifikation av patienten. Följ flöde Bilaga 1 angående identifikation. Se bilaga 1 Flöde fotografering. Nästa steg är konsultation med läkare se bilaga 1 angående boknings flöde.

Tidsbesparing för personal/ patient:

I samtalet med patienten förklaras flödet. Får hen antibiotika får hen ett meddelande i sin mobil och kan hämta ut antibiotikan på apotek. Detta innebär endast en kontakt med vården för både patient och personal.

Utvärdering:

- Alla besök enligt denna rutin räknas manuellt. De bokas på sjuksköterskan i Teleqtidboken och är lätta att särskilja.
- Personalenkät angående egen upplevelse av arbetssättet. Bilaga 2
- Fem-sex patienter som fått sin behandling enl. denna rutin, rings upp efter kvalitetsarbetets slut för att utvärdera patientnyttan av digitalt istället för fysiskt besök. Första patienten i varje månad rings upp Bilaga 3

Sammanställning av utvärderingspunkterna:

Efter manuell genomgång av både tidbok för sjuksköterskor/dsk samt läkare var åtta skriftliga distanskontakter inlagda. Det var sju skriftliga distanskontakter hos läkaren och en hos sjuksköterska.

Personalenkäten, besvarades av två läkare och tre dsk och två sjuksköterskor, bortfall på två läkare som inte arbetar kvar. Den ene var AT och hade medverkat för en patient, Den andre semestervikarie och medverkade med två patienter.

Fråga ett: handlade om rutin var svår att följa: Sju nej. Fråga två var angående svårighet för patienten att hantera fotograferingen: Sex svarade nej, en svarade både ja och nej. Fråga nummer tre handlade om personalens upplevelse av, om patienten kände att handläggningen var snabb och säker: Sju, Ja. Fråga fyra handlade om personalens egen upplevelse av handläggningen som snabb och säker: Sju Ja. På den femte frågan som var öppen, handlade om vilka erfarenheter som inkommit under kvalitetsarbetet som kan läggas till i nuvarande rutin. Läkare och DSK skrev på frågan, men endast en DSK svarade på den med: Svårt för äldre patienter att fota. De fyra andra svarade att de ville fortsätta med rutinen.

Patientunderlaget var lågt, där för minskades antal uppringda patienter till fyra, vilket ändå var 50 % av hela underlaget. Patienter med besök de senaste fyra månaderna valdes ut

enligt gällande kriterier, eftersom chansen att minnas upplevelsen ökar om den ligger i närtid.

Patientenkätens första fråga var om upplevelsen var positiv att få bedömning och behandling utan att komma till vårdcentralen: Tre ja svar och ett nej. Fråga två handlade om man tyckte det var lätt att hantera fotodelen: Alla tillfrågade svarade Ja. Fråga tre handlade om man skulle vilja ha samma handläggning om situationen med hudborrelia uppkom igen: Tre svarade ja och en nej, Fråga fyra handlade om man skulle rekommendera en vän/släkting denna handläggningen: Tre svarade ja och en nej.

Sammanfattning av kvalitetsarbetet:

Utvärderingen av personalenkäten visade hela den ordinarie personalstyrkans synpunkter angående kvalitetsarbetet. Alla i personalgruppen var eniga i alla frågeställningar, men det fanns en indikation på att fotograferingen kunde vara ett problem. Denna indikation fanns inte med i patientgruppen eftersom alla som tillfrågades hade lyckats med sin fotografering

Personalgruppens svar visade att arbetssättet passar som en digital komplettering till vårdcentralens sätt att hantera diagnossättning och behandling av borrelia. Tre fjärdedelar av patientgruppens svar visade detsamma. Inför att arbetssättet blir stationär behöver rutinen justeras till att den digitala skriftliga kontakten sätts i ordinerande läkares tidbok.

Namn verksamhetschef, ort och datum: Mari Bergenholtz Ljungby 20250512

Genomförande och sammanfattande resultat 20251116

Bilaga: 1

Handläggning av Klassisk hudborrelia digitalt

Kriterier vuxna:

- Klassiskt utslag i hudnivån på kroppen, får alltså inte vara upphöjt.
- Rundaktigt, rött utslag 5 cm eller större
- Anamnes och synligt bettställe från fästing.
- Ingen feber
- Fråga ang. överkänslighet för antibiotika

Flöde identifiering:

- Skicka länk till patienten via Teleq
- Patienten identifierar sig via id kort/ körkort/ känd (personen i Teleq känner patienten).

Flöde fotografering:

- Be patienten skicka foto till telefonnummer 0760378288, denna mobil ligger i teleq.
- Identifiera patientens foto via det telefonnummer patienten uppger att hen ska skicka sin bild med.
- Personen ska ta några foton från sidan och rakt på utslaget, alla ska vara märkta enligt föregående anvisning.

- Fotot raderas efter läkaren har sett det. Enligt journallagen är det bara foto som vårdpersonal fotograferar som ska sparas i journalen.

Flöde bokning:

- Patientens anamnes samt bild visas för läkare på tiden för patientbundna frågor från Teleq
- Konstateras borrelia skriver läkaren ut antibiotika samt en kort anteckning. Ssk/dsk skriver journalanteckning angående hela besöket samt bokar digitalt skriftligt besök hos sig själv i teleqtidboken och signerar journalen.
- Faktura skickas till patienten.
- Om Borrelia ej konstateras tar ssk/dsk ny kontakt med patienten och sköter ärendet enl. överenskommelsen med läkaren.

Bilaga 2

Upplevelse från personal av digital hantering av patient med hudborrelia

All personal som arbetat under tiden som kvalitetsarbetet pågått för digitalt besök vid hudborrelia ska svara på enkäten. Det svar som stämmer på personalens erfarenhet ska ringas

Fråga 1: Var rutinen angående digitalt besök för hudborrelia svår att följa?

JA NEJ

Fråga 2: Var det svårt att få patienten delaktig i att fotografera sig och att skicka fotot?

JA NEJ

Fråga 3: Är din upplevelse att patienten tyckte att handläggningen var snabb och säker?

JA NEJ

Fråga 4: Är din upplevelse som personal att handläggningen var snabb och säker?

JA NEJ

Fråga 5: Vilka erfarenheter har du skaffat dig under tiden för kvalitetsarbetet som du vill lägga till i nuvarande rutin för handläggning av hudborrelia digitalt?

.....

Personalens namn:

Datum för ifylld enkät:

Bilaga: 3

Samtals mall för intervju av patient som fått handlagts via digitalt besök vid hudborrelia under perioden för kvalitetsarbetet.

Läkarhusets receptarie ringer upp patienten eftersom hon inte varit med i handläggningen av ärendet tidigare i förloppet. Patientens svar ringar in efter att frågorna blivit upplästa. Endast JA och NEJ frågor för att undvika tolkningar av svaren.

Fråga 1: Upplevde du det positivt att du kunde få bedömning och behandling för din hudborrelia utan att besöka vårdcentralen fysiskt? JA NEJ

Fråga 2: Upplevde du det lätt att själv ta foto av din misstänkta hudborrelia och att skicka detta till den avsedda mobiltelefonen för detta ändamål? JA NEJ

Fråga 3: Om du får en ny hudborrelia längre fram i livet, skulle du då vilja att handläggningen sker på samma sätt? JA NEJ

Fråga 4: Skulle du rekommendera någon vän/släkting med misstänkt hudborrelia samma handläggningssätt? JA NEJ

Patientens namn och personnummer:

Datum för bedömning och behandling:

Datum för uppringning:

21 Minska förskrivning av Zopiklon och Zolpidem, Praktikertjänst Ljungby vårdcentral

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Praktikertjänst Ljungby Vårdcentral
Datum för start:	250101
Planerat datum för avslut:	251031
Projektbeskrivning (max 400 ord) Vad vill ni göra?	

Vi har sett att i jämförelse med övriga vårdcentralen i Region Kronoberg har vi en högre förskrivning av beroendeframkallande insomningsläkemedel. Detta är något vi vill jobba mer med som ett långsiktigt mål för Ljungby vårdcentral.

Vi ska se över vårdcentralens förskrivning av beroendeframkallande insomningsläkemedel (aktiv substans Zolpidem och Zopiklon).

Förskrivningen (framtagen från Qlikview) för 240101-241031 är:

Zopiklon 407

Zolpidem 137

Hur ska ni göra det?

Skapa en arbetsgrupp bestående av verksamhetschef, MLA, läkargruppen och sjuksköterskegruppen. Vid årskontroll samt övriga vägar in för receptförfrågan avseende ovanstående läkemedel ska vi ta upp för/nackdelar med patienten och om möjligt föreslå ett byte till annat, för patienten mer fördelaktigt, preparat.

Vid nyinsättning förskrivs ovanstående preparat i sista hand och i så fall enbart i små förpackningar. Patientinformation, enligt Region Kronoberg "Att sluta med Zopiklon", finns tillhanda.

Löpande uppdatering på APT för hela vårdcentralen.

Hur ska ni visa hur det gick?

I Qlikview tas data fram för förskrivning av Zolpidem och Zopiklon.

Redovisa vårdcentralens förskrivning av ovanstående läkemedel för perioden 250101-251031 jämfört 240101-241031.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Martina Lelic Hansson , Ljungby 250312

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Ljungby vårdcentral, Praktikertjänst
Planerat startdatum	250101
Datum för avslut:	251031
Rubrik:	
Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall (min 200, max 600 ord) Hur gjorde ni? I samband med APT presenterades projektet på vårdcentralen inför alla medarbetare. Vi informerade om varför vi vill göra detta och visade projektplanen. Vi pratade om att alla kan vara delaktiga på olika sätt, patienten kan ta upp sömnproblem i samband med receptförnyelse, i mötet med KBT terapeut, i samband med tidsbokning i receptionen. Alternativa behandlingar har föreslagits för patienten såsom rådgivning kring sömnhygien diskussion kring koffein, tobak och alkohol. Andra typer av sömnbefrämjande läkemedel såsom Artonin, Mirtazapin. Patienten som tidigare (kanske vid en akut situation) fått en liten förpackning Zopiklon eller Zolpidem bokas in på en tid om de lämnat in om receptförnyelse. Broschyren ”sömn”, Region Kronoberg har delats ut vid behov. Hur gick det? Projektet har utfallit väl. Data från Qlikview som visar antal förskrivningar 250101 - 251031 jämfört med 240101 - 241031: Zolpidem -24 137 förskrivningar -25 117 förskrivningar Detta är en minskning på 14,6%. Zopiklon -24 407 förskrivningar -25 333 förskrivningar Detta är en minskning på 18,2%. Positivt i projektet är att även patienten som haft Zopiklon eller Zolpidem under längre tid varit positiva till att prova att byta till exempelvis Artonin eller Mirtazapin. Vi har således både lyckas byta över till de som haft beroendeframkallande och sömnbefrämjande läkemedel under längre tid samt vi får känslan av att vi också minskar nyförskrivningen	

22 Vårdcentralen Söders viktsänkingsprogram, Vårdcentralen Söder

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Vårdcentralen Söder
Datum för start:	2025-09-01
Planerat datum för avslut:	2025-10-12

Projektbeskrivning (max 400 ord)

Vad vill ni göra?

Bakgrund

Forskning visar att övervikt och obesitas har ökat kraftigt senaste årtiondena. Siffrorna visar att mer än 50 procent av den vuxna befolkningen i Sverige är överviktiga eller har obesitas. Detta bidrar till att livsstilsrelaterade sjukdomar ökar (Folkhälsomydigheten, 2025).

Övervikt ökar risken för ett flertal sjukdomar, ger försämrad livskvalitet samt ökar risken att dö i förtid. 5-10 procents viktsänkning har visat minska risken för hjärt- och kärlsjukdom.

Behandlingen som rekommenderas i första hand är kalorireducerad diet, fysisk aktivitet och beteendeförändring (Läkemedelsverket, 2024).

Vi möter idag många patienter med övervikt på vårdcentralen där vi diskuterar kostens betydelse. Patienter efterfrågar ofta recept och konkreta tillvägagångssätt, vilket vi i dagsläget saknar på vårdcentralen.

Mål:

Vi vill med detta i åtanke hjälpa våra patienter på vårdcentralen att komma igång med viktsänkning, skapa en beteendeförändring och på sikt nå en bättre hälsa.

Hur ska ni göra det?

Metod:

Vi bjuder in 8-10 deltagare med BMI över 25. Deltagarna får lämna BMI (vikt, längd) och midjemått samt informera om hur fysiskt aktiva de är. Därefter räknar vi ut deras dagliga kaloribehov för att nå en viktninskning på 5-10 procent under projektiden. Varje deltagare får ett recepthäfte med förslag på olika måltider och dess kaloriinnehåll. Deltagarna får utifrån detta fritt välja måltider som tillgodoser deras dagliga kaloribehov. Målet är att det ska hålla sig till denna kostplan under projektets gång.

Hur ska ni visa hur det gick?

Efter 6 veckor får de kontrollera nytt BMI och midjemått, samt svara på hur de upplevt projektet. Arbetet kommer redovisas kvantitativt.

Referenser:

Folkhälsomyndigheten. (5 mars 2025). Negativ utveckling i över 40 år av övervikt och obesitas. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/mat-fysisk-aktivitet/overvikt-och-obesitas/overvikt-och-obesitas/statistik-om-overvikt-och-obesitas/negativutveckling-i-over-40-ar-av-overvikt-och-obesitas/>

Läkemedelsverket. (9 april 2024). Wegovy (semaglutid) och Mounjaro (tirzepatid). <https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/lakemedelsmonografier/sokmonografier/wegovy-semaglutid-och-mounjaro-tirzepatid>

Namn verksamhetschef, ort och datum:

22.1 KRONOBERG**Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling**

Vårdcentral	Vårdcentralen Söder
Planerat startdatum	2025-09-01
Datum för avslut:	2025-10-12
Rubrik:	Vårdcentralen Söders viktsänkingsprogram

Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall (min 200, max 600 ord)

Hur gjorde ni?

Vi skrev en inbjudan (bilaga 1) med information om viktsänkingsprogrammet. Denna lades i väntrummet på vårdcentralen samt på vårdcentralens Facebook sida. Vid intresse av att delta uppmanades de kontakta oss. Intresset var stort och vi valde därför ut de som var först till kvarn och uppfyllde våra inklusionskriterier.

Elva deltagare bokades in för uppstartsbesök. Vid besöket fick deltagarna vidare information om programmet samt ett recepthäfte med förslag på olika måltider. Varje recept inkluderade information om kaloriinnehåll. De fick också med sig en liten kaloridagbok där de kunde journalföra dagens kaloriintag. Vi tipsade även om en app. och en webbsida där de kunde kontrollera kaloriinnehåll i olika livsmedel, för möjlighet att använda sig av recept som inte fanns i recepthäftet. De fick lämna vikt, midjemått och uppge hur fysiskt aktiva de var. Vi räknade sedan ut deras individuella kaloribehov per dag för att uppnå en viktnedgång på 5—10 procent. De fick med sig sina data hem skriftligt.

Efter sex veckor kom de på uppföljningsbesök där ny vikt och midjemått kontrollerades. Deltagarna svarade även på tre kortare frågor om hur väl de följt upplägget och hur de upplevt viktsänkingsprogrammet (bilaga 2).

Hur gick det?

Nio av elva deltagare fullföljde projektet. Fyra av de nio deltagarna uppgav att de följt sitt rekommenderade kaloriintag hela perioden, resterande tre uppgav att de följt det delvis. Nedan följer några citat från utvärderingen.

"Mycket positivt. Att komma hit och väga sig har varit bra. Någon håller koll. Kan ha kläder nu som jag ej kunde ha innan

"Bra att skriva upp kalorier, man lär sig att vissa saker innehåller mycket kalorier och andra mindre. Lätt och bra att följa, man ser att det går. Ska nu försöka själv. Lite av godissuget har släppt"

"Jag har slutat att dricka coca-cola, tidigare drack jag 1,5 liter om dagen."

"Känt mig lite hungrig och yr"

"Önskar en lista på bra matvaror, mer småtips. Tröttnat på recepthäftet efter 6 veckor".

Medelvärde vikt (kg)

92		
91		
90		
89		
88		
87		
86		
	Vikt	
	Medelvärde före	Medelvärde efter

Medelvärde midjemått (cm)

110		
109		
108		
107		
106		
105		
104		
103		
	Midjemått	
	Medelvärde före	Medelvärde efter

Qelt@ ar

Vt tför n åt

a o Inta

FOI t

Delvis

Viktförän r e
 (prpgemg)

Delvis
 Delvis initialt,
 sedan inte alls

Delvis
 Delvis

0,01

Medelvärde

Sammantaget visar siffrorna på sänkning av både midjemått och vikt. Bäst resultat fick de deltagare som följde rekommenderat kaloriintag under hela perioden. 3 av 9 deltagare nådde målet med viktsänkning på 5—10 procent. Medelvärde på viktsänkningen var 3,62 procent och -3,23 kg. Resultatet visar en stor spridning i förändringen av midjemått, som varierade mellan +1 cm till 10 cm, medelvärde var en minskning på 3,7 cm.

Varför gick det som det gick?

Resultatet visar på att majoriteten av deltagarna kommit igång med viktsänkning och påbörjat hälsosammare levnadsvanor. Få av deltagarna lyckades uppnå 5—10 procents viktreducering, vilket kan bero på den korta projekttiden. A/i kan genom de kommentarer som deltagarna gett oss i utvärderingen förstå att det finns svårigheter med att göra hållbara kostförändringar då olika situationer i livet som ex. sjukdom och resor ofta påverkar och kommer i vägen.

Två deltagare valde att inte komma på utvärderingsbesöket, anledningen var att de inte kommit igång ordentligt med projektet.

Vi konstaterar att viktsänkingsprogrammet haft önskad effekt, men att det hade varit spännande att följa dem under längre period för att se utvecklingen över tid. Våra patienter visade stort intresse för att delta i viktsänkingsprogrammet, vilket tyder på ett uppdämt behov och en förbisedd patientgrupp som önskar hjälp.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

ANNICA GAVALLER

25112D

Bilaga 1

Vill du delta vårt viktsänkningsprogram?

Vad innebär det?

Du får under ett besök hos en sjuksköterska lämna vikt, längd och midjemått samt ange din aktivitetsnivå. Efter det räknar vi ut ditt energibehov för att uppnå en viktsänkning på 5-10 % på 6 veckor. Du får sedan med dig ett recepthäfte inkluderat recept för frukost, mellanmål, lunch och middag. Samtliga recept innefattar kaloriinnehåll. Du väljer sedan själv dagens måltider under dessa veckor utifrån recepthäftet för att hålla dig inom ditt dagliga energibehov.

Programmet startar 1 september. Efter 6 veckor följer vi upp dina resultat. Är du intresserad av att delta mejla oss på: xxx.xxxx(@kronoberg.se
OBS! Begränsat antal platser.

Bilaga 2

Utvärdering

1. Har du följt dagligt rekommenderat kaloriintag under dessa 6 veckor?

- ☐ Helt ☐
- ☐ Delvis ☐
- ☐ Inte alls

2. Har recepten varit lätta och följa?

- ☐ Ja ☐
- ☐ Nej

3. Hur har du upplevt deltagandet i viktsänkningprogrammet? Positivt, negativt. Har du några förbättringsförslag?

23 Utveckling av klimakterievården på Vårdcentralen Rottne

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Rottne
Datum för start:	2025-04-01
Planerat datum för avslut:	2025-11-30 (plan är att fortsätta med mottagningen efter projekttiden).

Projektbeskrivning (max 400 ord)

Vad vill ni göra?

Starta upp en mottagning för primärvårdens patienter med klimakteriebesvär.

Hur ska ni göra det?

Det första steget blir kompetensutveckling för det multiprofessionella teamet bestående av sjuksköterskor, fysioterapeut, KBT-terapeut samt distriktsläkare. Samtliga förutom läkaren kommer delta vid en utbildning i Göteborg i mars 2025, utbildningen har ett primärvårdsanpassat perspektiv på klimakterievård och innehåller föreläsningar samt fallbeskrivningar innehållande symptom, livsstilsinterventioner och behandlingsalternativ i ämnet klimakteriet, kvinnohälsa och hormonbehandling. Kursintyg kommer ges efter avslutad utbildning.

Läkaren kommer inhämta nya kunskaper via auskultation på regionens kvinnoklinik.

Vi kommer erbjuda ett kartläggningsbesök med rådgivning av sjuksköterska samt provtagning med blodprover, blodtryck, vikt och längd. Därefter ställningstagande till behov av läkemedelsbehandling och/eller stöd från psykosocial resurs eller fysioterapeut. Möjlighet till videobesök kommer erbjudas. Beroende på antal och typ av patienter kommer fysioterapeut erbjuda besök individuellt eller i grupp.

Planen är att mottagningen startar upp i maj 2025 och om det faller väl ut kommer vi fortsätta att erbjuda besök på mottagningen även i framtiden.

Hur ska ni visa hur det gick?

Vi kommer lämna ut en utvärdering med frågor kring patienternas upplevelse av besöket på mottagningen samt om de fått någon effekt av råd och behandling. Sammanställning av resultatet kommer genomföras i oktober 2025.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Stefan Carlsson Rottne 2025-03-25

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Rottne
Planerat startdatum	2025-04-01
Datum för avslut:	
Rubrik:	Utveckling av klimakterievården på Vårdcentralen Rottne
Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall (min 200, max 600 ord) Hur gjorde ni? En lokal rutin Klimakteriemottagning Vårdcentralen Rottne skapades, den utgår från primärvårdens kliniska spår för klimakteriet. Vi har genom detta arbete gjort en förflyttning från att patienten tidigare enbart träffade läkare till att de nu först träffar en sjuksköterska för kartläggning och rådgivande samtal. Vi har till stor del följt planen för kvalitetsarbetet men vi har ändrat metoden för utvärderingen. Istället för att skapa en separat utvärdering för kvalitetsarbetet har vi skickat ut en ny Menopause Rating Scale (MRS) tre månader efter första besöket. Hur gick det? Arbetet har fallit väl ut och enligt sjuksköterskorna är patienterna mycket nöjda. Det är nu 53 patienter som finns med på mottagningens anslutningsöversikt. Hittills har fem patienter haft uppföljande MRS och fyra av dessa har förbättrat sin skattning. En patient hade istället något sämre resultat men i det fallet pågick fortfarande läkemedelsjustering. Totalt sett har de fem patienterna förbättrat sin skattning med 7,6 poäng. Om man bortser från den som fortfarande inte var klar med sin läkemedelsjustering är förbättringen 10 poäng. Varför gick det som det gick? Behovet av rådgivning och läkemedelsbehandling vid klimakteriebesvär är stort och det har visat sig i intresset för vårt arbetssätt. Vi har inte varit igång så länge med	

mottagningen och har inga data att jämföra med mot tidigare arbetssätt då patienten bokades in på ett läkarbesök utan kartläggning.

Vi kommer förlänga tiden till det uppföljande samtalet då tre månader är lite för kort tid för att utvärdera effekterna av behandlingen, uppföljning efter fyra till sex månader tror vi i dagsläget är mer lämpligt.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Johan Dahl, Rottne 2025-11-11.

24 Minska förskrivning av beroendeframkallande läkemedel, Vårdcentralen Ryd

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Vårdcentralen Ryd
Datum för start:	Februari 2025
Planerat datum för avslut:	November 2025

Projektbeskrivning (max 400 ord)

Syfte:

Vårt syfte med detta kvalitetsarbete är att vi vill minska förskrivning av beroendeframkallande läkemedel på vårdcentralen. Vi ser idag att vi har en hög förskrivning av läkemedel som är narkotikaklassade vilket vi vill arbeta för att minska. Vi önskar kunna erbjuda andra strategier och erbjuda andra läkemedel i första hand som inte är vanebildande och vårt fokus kommer vara personer mellan 18-60 år. Vårt fokus kommer vara att minska förskrivning av opioider i första hand.

Metod:

- Genom att arbeta tillsammans alla professioner genom ny rutin i receptförnyelser för beroendeframkallande läkemedel.
- Undvika nyinsättning av beroendeframkallande läkemedel, välja andra preparat i första hand.
- Om man anser att läkemedlet är nödvändigt för enstaka tillfälle, se över om möjlighet finns till att ge enstaka dos till patient.
- Om ny förskrivning krävs, minsta möjliga förpackning skrivs ut med dokumenterad överenskommelse med patient.
- Om lämpligt, påbörja uttrappningsplan med patient som haft läkemedlet förskrivet sedan tidigare. Uppföljning under uttrappning av annan profession från enheten.
- Information om att det är ett beroendeframkallande läkemedel skickas med patient vid förskrivning av läkemedel.
- Statistik via Medrave

- Införa beroenderond på enheten bestående av läkargrupp och sskgrupp med träff en gång i månaden.

Uppföljning:

- Genom att mäta vår förskrivning opioider vid startdatum och slutdatum.
- Ta fram statistik från Medrave från den 1/3 nuläge och sedan jämföra med slutläget den 1/11
- Jämföra DDD från nuläge till slutdatum
- Följa antalet patienter som har dessa läkemedel – Hur många har fått dessa läkemedel tre månader innan start och hur många har fått dem när vi följer upp arbetet i november månad.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Bilaga 2

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Vårdcentralen Ryd
Planerat startdatum	Februari 2025
Datum för avslut:	November 2025
Rubrik:	Minska förskrivning av beroendeframkallande läkemedel
Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall (min 200, max 600 ord) Hur gjorde ni? Gemensamt arbete på vårdcentralen, alla professioner informerade om arbetssätt och rutin att arbeta efter. Genomfört beroenderond på enheten en gång i månaden där man kunnat lyfta patienter som var i behov av uttrappningsplan, och utse kontaktperson i gruppen för patient. Läkare arbetat med att erbjuda andra läkemedel i första hand som ej är vanebildande, har det ändå krävts dessa läkemedel, endast liten förpackning skrivs ut och information skickats med patient om att det är ett beroendeframkallande preparat. Om endast liten dos krävts har det kunnat delas ut på vårdcentral vid enstaka tillfälle. Hur gick det? Kontroll av statistik: Gabapentin: 1/3: 14 patienter 1/11: 16 patienter, varav 9 st nya namn. De patienter som tidigare hade läkemedlet låg kvar på samma DDD. Pregabalin:	

1/3: 5 patienter 1/11: 8 patienter, varav 4 st nya namn. Varierat bland dessa 4 gällande DDD. Någon minskat, något ökat och två hade samma DDD. Av dessa 8 patienter så var två misstänkt läkemedelsbedrägeri från i somras.

Citodon:

1/3: 11 patienter 1/11: 7 patienter, varav 4 st nya namn. De patienter som tidigare haft läkemedlet låg två kvar på samma DDD, medans en hade en ökad förskrivning.

Tramadol:

1/3: 9 patienter 1/11: 3 patienter, inga nya namn.

Oxikodon och naloxon:

1/3: 7 patienter 1/11: 3 patienter, varav 2 nya namn. Ökad dosering på tidigare patient som haft dessa läkemedel.

Oxikodon:

1/3: 28 patienter 1/11: 17 personer, varav 7 st nya namn tillkommit. 10 stycken var med i statistiken den 1/3. Bland dessa 10 så har 4 st trappat ner DDD.

Morfin:

1/3: 3 patienter 1/11: 4 patienter, varav 3 stycken är nya. En patient som hade läkemedlet tidigare och kvarstår har idag samma ordination.

Varför gick det som det gick?

Positivt resultat vid kontroll av utfall av arbetet. En framgångsfaktor som vi har kunnat hitta är att det varit ett gemensamt arbetssätt med alla professioner inom arbetsgruppen. Det har varit ett aktivt arbete med kontinuerlig uppföljning på enheten.

Man har varit konsekvent i sitt arbetssätt inom läkargruppen på enheten, vilket krävt en kulturförändring på arbetsplatsen. Vid presentation av statistik på enheten för alla professioner så ser man en nedåtgående trend vid förskrivning av dessa läkemedel som fokuserats på i kvalitetsarbetet.

Vi kommer aktivt att fortsätta med detta arbetssätt och lyfta ämnet på enheten på APT så alla fortsatt kan vara delaktiga. Ta fram statistik i ämnet där vi kan följa trenden så vi ser att vi fortsätter minska vår förskrivning eller i alla fall bibehålla de siffror vi har i dagsläget.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

25 Förändring av vårdkvalitet efter införandet av fast läkarkontakt till vissa patienter, Vårdcentralen Skärvet

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Skärvet
Datum för start:	2025-04-01
Planerat datum för avslut:	2025-11-01

Vad vill ni göra?

I mars 2025 kommer Vc Skärvet att införa listning på läkare för samtliga fast anställda läkare, inklusive ST-läkare och vikarierande underläkare. Utgångspunkten är 1 100 patienter per heltid specialist, där viss avräkning sker för uppdrag som t.ex. SÄBO och BVC. ST-läkarna kommer att ha en viss procent av vad en specialist tar och få ett ökande antal patienter i takt med att ST fortskrider. De listade patienterna utgör ett tvärsnitt av den totala populationen genom att vi utgår från födelsedag i månaden. Redan kända patienter, där läkarna är uppsatta som fast läkarkontakt, kommer i viss utsträckning att föras in på de nya listorna. Resterande patienter, som förblir olistade, kommer att hanteras på Skärvet precis som tidigare, men uteslutande av tillfällig personal. Målsättningen är att skapa en bättre arbetsmiljö för läkarna, få en bättre kontinuitet för de patienter som listas upp, samt bli en mer attraktiv arbetsplats vilket skulle kunna underlätta rekryteringen av fler fasta läkare. Inspiration är hämtad från Borgholmsmodellen.

När Skärvets population delas upp i två grupper, där den ena får en fast läkare och den andra inte, bedömer vi att det finns risk för ojämlik vård mellan dessa grupper. Vi önskar därför undersöka om detta blir fallet genom att jämföra de två grupperna med varandra när vi arbetat en tid i det nya systemet. Vi kommer även att vilja jämföra de båda grupperna med Skärvets nuvarande totala population. Jämförelserna kommer förhoppningsvis kunna avslöja om patienterna utan fast kontakt får sämre vård än patienterna med fast kontakt. Vi kommer även att kunna undersöka om patienterna med fast kontakt får bättre vård än de får i dagsläget.

Hur ska ni göra det?

Listningen är enkel att genomföra: vi utgår från aktuell tjänstegrad, kompetensnivå och sidouppdrag. Den totala populationen hämtas från MASTER. Med hjälp av Excel fördelar vi utifrån datum och lägger sedan in listningen i MASTER.

Utmaningen blir att få fram statistik från datalagret. I dagsläget finns ingen applikation i Medrave, QlikView eller QlikSense som kan dikotomisera patienterna utifrån fast läkarkontakt. Det finns heller ingen samlad applikation för de olika utfallsmått som kan tänkas vara intressanta att titta på ur ett kvalitetsperspektiv, t.ex. akutbesök, JLC-besök, sjukhusinläggningar, antal olämpliga läkemedel, antal antibiotikarecept, HbA1c-nivåer, m.m. Vi kommer att behöva hjälp från IT för detta.

Hur ska ni visa hur det gick?

Med reservation för att uppföljningstiden blir aningen kort för att mäta skillnader, som kommer vi vid projektets slut att redovisa mätresultatet i tabellform med tre kolumner: en för patienter med fast läkarkontakt, en för patienter utan, och en jämförande kolumn med utgångsläget för hela Skärvet vid projektets start. På raderna kommer vi presentera de olika utfallsmått som vi lyckas få fram, t.ex. antal sjukhusinläggningar.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Susanne Berge, Växjö, 2025-03-14

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Skärvet, Växjö
Planerat startdatum	2025-04-01
Datum för avslut:	2025-11-01
Rubrik:	Förändring av vårdkvalitet efter införandet av fast läkarkontakt till vissa patienter
Hur gjorde ni? Utifrån Socialstyrelsens mål om 1 100 patienter/läkare införde vi fasta patientlistor till fast anställda läkare. Listorna skulle representera ett tvärsnitt av samtliga listade för att få fullständig variation och spridning av patienter. Avräkning från 1 100 skedde med hänsyn till tjänstegrad och sidouppdrag. Den listade populationen togs fram via MASTER och undersöktes med histogram i Excel för att se om uppdelning på datum (= dag i månaden som patienten är född) skulle ge en tillräcklig slumpning på ålder och kön, vilket det visade sig göra. Efter genomförd listning var tanken att diverse kvalitetsmått skulle tas fram för att jämföra given vård mellan listade och olistade patienter. Befintliga verktyg och appar utforskades därmed, t.ex. MedRave, Regionkollen, QlikView och QlikSense. Kontakt togs även med Gunn Jensen, IT-kunnig på PRV stab, för att undersöka möjligheten att skapa en egen applikation för kvalitetsarbetets syfte. Hur gick det? Under senvåren 2025 togs listor fram till våra fast anställda läkare: en specialist, två ST-läkare och en underläkare. Efter en nyanställning av specialist i september 2025 togs en lista fram även till denna läkare. Det gick lätt att fram listorna med hjälp av MASTER och Excel, t.ex. genom den inbyggda slumpfunktionen. Utöver de slumpade listorna flyttades även en stor mängd "kända" patienter över, vilket var det enda rimliga att göra, men som samtidigt rubbade tvärsnittsidén något. Uppföljningen av förändringar i medicinsk kvalitet har dock varit betydligt svårare att få till, mycket beroende på att inga applikationer i Regionkollen, QlikSense eller QlikView har kunnat dela upp patienter med hänsyn till fast läkarkontakt. Således har det inte gått att mäta t.ex. antalet akutenbesök eller sjukhusinläggningar. Enligt Gunn Jensen är det även svårt att bygga en sådan applikation. Kvarstår då MedRave, där man i vissa förbyggda applikationer för kroniska sjukdomar kan välja "Patientsammanställning" och se om det finns fast läkare eller ej. Med hjälp av export till Excel och viss efterföljande databearbetning (Filter, m.m.) kan man då jämföra t.ex. HbA1c hos diabetiker mellan listade och olistade patienter. T.ex. kan man i nuläget se att våra listade patienter har 50 i HbA1c i genomsnitt, jämfört med 51 hos våra olistade. Varför gick det som det gick? IT-stöden för att ta fram listor var adekvata. Däremot saknas möjligheter att titta på kvalitetsmått uppdelat på fast läkarkontakt. Detta är logiskt eftersom meningen är att samtliga patienter ska erbjudas en fast läkarkontakt i sjukvården; jämförelsen ligger	

snarare på enhetsnivå. Samtidigt har det begränsat våra möjligheter att studera t.ex. sjukhusinläggningar uppdelat på listade och olistade.

Kvalitetsmått för kroniska sjukdomar går däremot att ta fram via MedRave, med visst efterarbete i Excel, och kommer att kunna bli ett användbart verktyg framöver.

Avslutningsvis behöver vi dock poängtera att vi även med perfekta datastöd hade haft svårt att ta fram någon tillförlitlig data i dagsläget p.g.a. den korta tid som förflutit sedan projektstart. Läkarna har haft alltför kort tid med patienterna för att hinna göra någon skillnad. En senare uppföljning om t.ex. 6 eller 12 månader blir därför nödvändig för att utvärdera både om om patientsäkerheten hotats för de olistade, och om kvaliteten har höjts för de upplistade.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Johan Dahl, Växjö, 2025-11-05

26 Förbättrat flöde för misstänkt KOL, genom COPD6, Växjöhälsan vårdcentral

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Växjöhälsan vc
Datum för start:	2025-04-01
Planerat datum för avslut:	2025-09-30
Projektbeskrivning (max 400 ord) Vad vill ni göra? - Förbättra flödet runt utredning av misstänkt KOL. - Detta då enligt Socialstyrelsens rekommendation, bör hälso- och sjukvården erbjuda COPD6(FEV1/FEV6-mätare) mätning som inledande utredning till personer med misstänkt KOL och som röker eller har rökt. - Efter Corona-pandemi har vi byggt upp en lång spirometri-kö som är har varit svårt att minska. Genom att screena patienter med COPD6 kan man minska det totala antalet som behöver utredas vidare med dynamisk spirometri. Detta borde i sin tur minska kön, och minska antal "onödiga" spirometrier. - För patientens del får man snabbare reda på om man behöver undersökas vidare eller ej, alltså om misstanke om KOL kvarstår eller kan avskrivas. Hur ska ni göra det? - Genom att använda COPD6 mätare som på vår vårdcentral knappast har använts hittills, screena patienter med symtom på eller risk på nedsatt lungfunktion. Främst patienter med misstänkt KOL. - Enligt vårdförloppet för KOL, ska detta vara patienter: - o Med luftvägs- eller andningsbesvär - o >40 år - o Röker eller har rökt tidigare med minst 10 paketår - Vid början av perioden ta upp arbetet på gemensamt möte. PM skrivs för just detta arbete, som delas ut till alla läkare och sköterskor. Det finns redan en färdig PM	

angående användning av COPD6 från Region Kronoberg som kommer att finnas på labbet vid själva COPD6 mätaren.

- Månadsvis skickas ut påminnelse genom epost samt tas upp på APT att tänka på kvalitetsarbetet.
- FEV1 och FEV1/FEV6 kan registreras i lokala analyser och kontrolleras i Medrave

Hur ska ni visa hur det gick?

- Kommande period 2025-04-01 – 2025-09-30 kommer att jämföras med samma årsperiod förra året, det vill säga 2024-04-01 – 2025-09-30.
- Det första måttet som vi vill mäta och jämföra är antalet COPD6 mätningar som görs.
- Sekundära mått som vi vill mäta och jämföra är
 - o Antalet spirometrier.
 - Andel av dessa som får KOL diagnos
 - o Antalet som har gått vidare från COPD6 till spirometri
 - Andel av dessa som får KOL diagnos.
 - o Antal på väntelista för spirometri
- Att ha möte/diskussion inför och efter arbetet med astma/KOL-ssk (som genomför spirometrier) angående upplevt skillnad eller ej.
- Diskussion: Då vi inte har gjort COPD6 mätningar förra året under den perioden kommer det vara en klar ökning. Men tanken är att den ökningen ju innebär en minskning av onödiga spirometrier och minskad köar som innebär snabbare tid till spirometri som borde ge snabbare tid till svar om diagnos KOL eller ej och i så fall behandling eller ej. Spirometrier utförs av astma/KOL-ssk och tar mer tid än en COPD6 och är därför ”dyrare” som därför borde minska kostnader och frigöra tid.
- Uppföljningstiden inom ramen av detta kvalitetsarbetet gör att det möjligen inte kan koppla många patienter som har gått vidare från COPD6 till spirometri.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Bilaga 2

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Växjöhälsan Vårdcentral
Planerat startdatum	2025-04-01
Datum för avslut:	2025-11-25
Rubrik:	Förbättrat flöde för misstänkt KOL, genom COPD6
Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall (min 200, max 600 ord)	

Hur gjorde ni?

Medrave:

Hämtat ut data för tidsperioderna

- 2024-04-04 --- 2024-09-30 (Period 2024)
- 2025-04-04 --- 2025-09-30 (period 2025)

Det primära måttet:

- Antal COPD6 under de tidsperioderna.

De sekundära måtten:

- Antalet spirometrier
 - o Andel som fick KOL diagnos
- Antal som gått vidare från COPD6 till spirometri
 - o Andel som fick KOL diagnos
- Väntelista för spirometri

Diskuterat med KOL-ssk angående upplevd skillnad eller ej.

Hur gick det?

Antal COPD6

- Period 2024: 0
- Period 2025: 7

Antal Spirometrier

- Period 2024: 15
 - o Andel som fick KOL diagnos: 0
- Period 2025: 15
 - o Andel som fick KOL diagnos: 0

Antal vidare från COPD6 till spirometri

- Period 2024: 0 patienter med COPD6 test
- Period 2025: 1
 - o Andel som fick KOL diagnos: 0

Väntelistor för spirometri:

- Period 2024: Kan ej hämta ut data
- Period 2025: 61 (38 från förra året)

Antal COPD6 har ökats jämfört med förra året från 0 till 7 men antalet spirometrier har inte ändrats, inte kunnat påvisa skillnad i antal som fick KOL diagnos med spirometri efter COPD6 screening. Väntelistor har inte kunnat jämföras för samma period.

Diskussion med KOL-ssl angående upplevd skillnad eller ej:

- COPD6 har ökat, men inte som förväntat.
- Antal spirometrier har inte minskats.
- Väntelistan upplevs fortfarande som lång
- Tycker att COPD6 sannolikt har gjort att väntelistan inte ökats lika mycket
- Upplever COPD6 som positivt och tycks borde fortsätta med det framöver

Varför gick det som det gick?

Diskussion:

I 2024 perioden hade vi inte använt COPD6 ännu, i alla fall inte registrerat i Cosmic provsvar. Vid start av detta projekt har vi börjat införa registreringen i provsvar-lokala prover. Det är därför att det är en klar ökning gentemot förra året.

Dock var förväntningen att det skulle vara fler som skulle ha gjort COPD6 2025. Projektet har planerats och fanns PM utskriven men pga personaländringar och ledigheter samt sjukskrivningar har det inte kunnat följas upp och påminna personalen angående projektet. Undertecknad som är MLA var pappaledig och KOL-ssk har varit sjukskriven en större del av perioderna.

Antal spirometrier har inte ändrats och dessutom ej kunnat påvisa en skillnad i andelen som fick KOL diagnos av dessa. Inte heller efter genomgången COPD6.

Att antalet spirometrier inte har ökat har nog orsakats av att man har en stor väntelista med spirometrier kvar, samt att KOL-ssk har varit borta i perioder. Att andelen som får KOL diagnos efter spirometrier inte heller har ändrats tycks vara pga samma orsaker samt att COPD6 nu började genomföras under 2025-perioden och spirometrier som skulle följa av dessa inte har hamnat i samma period och därför inte har mätts.

Dock antar man att de som har genomfört COPD6 inte har behövt gå vidare med spirometri vid normala värden och därmed har sparat på att genomföra spirometri på dessa. Det vill säga att man inte har ökat på väntelistan med dessa. Av de 7 som gjorde spirometri gick 1 vidare till spirometri som dock inte fick KOL diagnos. 6 har då inte behövt göra spirometri.

Vi kommer att fortsätta använda COPD6 som screening för dessa patienter med en misstanke av KOL. Då det redan visar sig kunna minska antal spirometrier utöver de som redan står på väntelistan. Dessutom borde det då kunna visa en högre andel som får en KOL diagnos med spirometrier, men för att kunna svara det kommer vi att följa upp detta nästa år igen.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

27 Sårmodtagning, Vårdcentralen Åseda

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Åseda
Datum för start:	2025-04-01
Planerat datum för avslut:	

Projektbeskrivning (max 400 ord)

Vad vill ni göra?

Förbättra omhändertagandet av patienter med sår genom standardisering av sårbehandlingen.

Hur ska ni göra det?

Genom ökad kunskap, kvalitet och kontinuitet på behandlingen av patienter med sår på Åseda Vårdcentral förbättras sårbehandlingen omhändertag.

Kompetensutveckling delar av berörd sjuksköterskebemanning på sårbehandlingen. Universitetsutbildning i "Omvårdnad vid kärlsjukdomar och kärlkirurgisk/endovaskulär behandling, Fristående kurs, distans 25%"

Vi förbättrar omhändertagandet genom att:

- Ankeltrycksmätning för att säkerställa tidig sår diagnos på samtliga patienter.
- Kontinuitet på behandlare genom att max två sjuksköterskor sköter den unika patientens sår på behandlingen.
- Sårbehandlingsplan för att säkerställa behandlingen på samtliga patienter

Hur ska ni visa hur det gick?

Vi mäter följande

- Hur stor andel av patienterna har fått en ankeltrycksmätning.
- Hur stor andel av patienterna har en sår diagnos
- Hur stor andel av patienterna har kontinuiteten på behandlare dvs hur stor andel av patienterna som har haft max två sköterskor involverade i sårbehandlingen.
- Andel sårbehandlingsplaner på sår mer än två besök och svårbehandlade sår

Samtliga parametrar mäts innan och efter nya rutinen i augusti-oktober 2024 och efter uppstart av sårbehandlingen augusti - oktober 2025.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Stefan Carlsson, Åseda, 2025-03-26

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Åseda
Planerat startdatum	2025-04-01
Datum för avslut:	2025-10-31
Rubrik:	Sårbehandling

Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall (min 200, max 600 ord)

Hur gjorde ni?

Syftet med projektet var att förbättra kvalitet, struktur och kontinuitet i omhändertagandet av patienter med sår på Åseda vårdcentral. Arbetet fokuserade på fyra huvudmoment:

1) ankeltrycksmätning, 2) sårdiagnos, 3) kontinuitet i behandlande sjuksköterska samt 4) upprättande av sårvårdplan.

Som utgångspunkt genomfördes en journalgranskning av patienter som fått sårbehandling under perioden augusti–oktober 2024. Granskningen visade variation i dokumentation och arbetsrutiner mellan sjuksköterskor, vilket försvårade kontinuitet och uppföljning.

Utifrån dessa resultat infördes följande rutiner:

- **Ankeltryck** ska göras vid första bedömningen av patienter med bensår eller misstanke om cirkulationspåverkan.
- **Sårdiagnos** ska tydligt dokumenteras i journalen.
- **Max två sjuksköterskor** ska ansvara för patientens sårbehandling för att säkerställa kontinuitet.
- **Sårvårdplan** ska upprättas vid sår som kräver upprepade besök (fler än två) eller vid svårläkta sår.

För att stärka kompetensen genomgick en av ansvariga sjuksköterskor en fristående kurs på avancerad nivå i omvårdnad vid kärlsjukdomar och kärlkirurgisk/endovaskulär behandling (25 %). Under augusti–oktober 2025 gjordes en ny journalgranskning med samma mätparametrar för att utvärdera effekten av de införda rutinerna.

Hur gick det?

Resultaten visar förbättring inom tre av fyra mätområden:

Parameter	Före (2024)	Efter (2025)	Förändring
Ankeltryck utfört	46,7 %	35,7 %	–11,0 %
Sårdiagnos dokumenterad	46,7 %	57,1 %	+10,4 %
Max två sjuksköterskor	26,7 %	28,6 %	+1,9 %
Sårvårdplan vid >2 besök	0 %	21,4 %	+21,4 %

Den tydligaste förbättringen ses i **användningen av sårvårdplaner**, som ökade markant från 0 % till 21,4 %. Dokumentationen har blivit mer enhetlig och fler patienter har en tydligt formulerad diagnos kopplad till sitt sår. Kontinuiteten har förbättrats något, men är fortsatt ett utvecklingsområde.

Andelen utförda ankeltryck minskade, vilket ger en viktig lärdom inför fortsatt implementering.

Varför gick det som det gick?

Projektet har lett till en ökad samsyn kring strukturerad sårbehandling och vikten av tydlig dokumentation. Den förbättrade användningen av sårvårdplaner visar att de nya rutinerna har fått genomslag och upplevs som stöd i det kliniska arbetet.

Den minskade andelen ankeltryck beror främst på att rutinen fortfarande var under införande samtidigt som verksamheten påverkades av semestrar och personalförändringar. Kompetensen för kärl- och cirkulationsbedömning har stärkts, men implementeringen har hindrats av vi inte insåg hur mycket tid som behövdes för att hinna med det under ett patientbesök. Ett ankeltryck och strukturerad basbedömning **kräver längre tid** än ett vanligt omlägningsbesök, och **tidsbokningen behöver därför planeras** utifrån detta. Detta är en viktig lärdom vi tar med oss för fortsatt implementering.

Kontinuiteten på behandlande sjuksköterskor har förbättrats något, men påverkas fortsatt av bemanningssituationen. Dock har medvetenheten ökat och patientfördelningen sker nu mer medvetet för att stärka kontinuiteten.

Sammantaget har arbetet stärkt både rutiner och kompetens och lagt grunden för en långsiktigt strukturerad sårbehandling. Det fortsatta utvecklingsarbetet kommer att fokusera på:

- Anpassade besökstider för sårpatienter
- Fortsatt praktisk träning kring ankeltryck och kärlbedömning
- Regelbunden uppföljning av sårvårdplaner och ansvarsfördelning inom teamet

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Stefan Carlsson, Åseda, 25-11-06

28 Förbättrad och strukturerad uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi, Vårdcentralen Teleborg

Projektplan

Arbetsplats:	Vårdcentralen Teleborg
Datum för start:	2025-04-01
Projektbeskrivning	
Bakgrund Vi har på vår vårdcentral upptäckt ett behov av mer uppföljning och bättre omhändertagande av patienter som opererats med obesitaskirurgi. Flera av våra listade patienter som tidigare opererats har fortsatta problem med viktuppgång, näringsbrist och psykisk ohälsa. Med tanke på hur stor förändring operationen innebär är det viktigt att vi fångar upp dessa patienter och följer dem	

kontinuerligt då det är ett livslångt tillstånd som innebär risker för komplikationer och näringsbrist.

Obesitas är ett tillstånd som ofta har en multifaktoriell genes och även är starkt förknippad till livsstil. För att nå framgång i behandling är det viktigt att patienten görs delaktig i processen, vilket behöver förtydligas.

Målsättning/syfte

Målet med projektarbetet är att förbättra uppföljning av redan opererade patienter, och på så vis förebygga ohälsa och fånga upp de som har fortsatta eller nya hälsoproblem kopplat till detta. Genom att arbeta systematiskt och få in bra rutiner är förhoppningen att omhändertagandet av dessa patienter förbättras och leda till mindre sjukdomsutveckling framgent.

Målsättningen är att göra patienten delaktig i sin vård genom att upprätta dokumenterad överenskommelse (vårdplan), och på vis sträva efter en god kontinuitet och compliance.

Metod

- Upprätta en rutin för uppföljning som innefattar
 - Användning av anslutningsöversikt, väntelista med mera
 - Standardiserad provtagning
 - Fast vårdkontakt, fast läkarkontakt
 - Dokumenterad överenskommelse (vårdplan)
- För att hitta patienter med genomgången fetmakirurgi tar vi hjälp av vårdpersonalen på vår vårdcentral samt primärvårdsrehab Teleborg. Vi ber dem informera obesitassköterskan när de haft kontakt med sådan patient och som önskar uppföljning.
- Vid inkommen remiss gällande uppföljning efter obesitaskirurgi ska obesitassköterskan meddelas.
- Mäta antal kontroller av dessa patienter som gjorts från april till slutet av oktober 2024 jämfört samma tidsperiod 2025. Detta genom användningen av ICD-10 koden Z98.0 (Tillstånd med tarm-bypass eller tarmanastomos) enligt statistiken från QlickView. Datan blir inte helt rättvisande, då vi inte kan vara säkra på att samtliga patienter som koden satts på varit på kontroll för detta. Det går dock att ställa data från 2024 mot antalet besök 2025 hos obesitassköterskan för en mer korrekt bild från 2025.
- Genom en kort och enkel patientenkät som skickas ut elektroniskt via 1177 efter besöket på mottagningen ber vi patienterna också tycka till kring vårt upplägg.

Projektreddovisning max 600 ord.

Utfall

Genom att mäta förekomst ICD-10 koden Z980 på Teleborg vårdcentral kunde vi se att den satts på 7 patienter totalt under år 2024. Under 2025 fram t.o.m. september hade 20 patienter fått diagnoskoden satt. Således har mer än dubbla antalet patienter år 2025.

I anslutningsöversikten i Cosmic finns det 19 patienter anslutna och hittills har 14 av dessa varit på kontroll hos vår obesitassköterska i år. Övriga väntar på sitt inbokade besök eller står på väntelistan längre fram.

Patientenkäten skickades ut till 12 patienter, varav 9 patienter svarade fram till och med sista september. Sammanfattningsvis svarade man att:

- Det är bra att bli kallad årligen för kontroll på vår nya mottagning.
- De flesta vet var man vänder sig om man skulle uppleva sig må sämre eller har frågor.
- Vetskap kring var vårdplanen hittas var lite mer osäkert.
- Överlag så motsvarade besöket förväntningarna och man upplevde att man fick den hjälp man behövde.

Det var bara 8 besök som använt särskild kategori vid bokningen.

Slutsats

Utifrån användning av diagnoskod Z980 kan man anta att antalet kliniska kontroller ökat avsevärt under år 2025. Diagnoskoden Z980 kan även sättas vid andra ingrepp. Det är dock inte lika vanligt att detta kodus i primärvården, så man kan anta att de allra flesta patienter troligen genomgått obesitaskirurgi när denna kod satts. Datan är därmed inte helt tillförlitlig. Det finns även en chans att man glömt att sätta denna kod vid en kontroll efter fetmakirurgi, så det kan finnas bortfall på grund av detta. Koden ger en bra fingervisning och visar tydlig trend där mer än dubbelt antal patienter fått koden satt vid ett vårdtillfälle på vårdcentralen år 2025 i jämförelse med 2024.

Rutiner som framtagits har utvärderats och justerats under hösten. Användning av särskild kategori vid bokning är något vi behöver bättra oss på.

Användning av anslutningsöversikten för att hålla reda på patienter och när de ska kallas fungerar väl och minskar risken för att någon faller mellan stolarna. Det underlättar planeringen för verksamheten.

Patientenkäten indikerar att vi är på rätt väg och att patienterna huvudsakligen är nöjda med vårt upplägg. Vi behöver bli tydligare med är informationen om vårdplanen och var denna finns.

Sammanfattande utvärdering

Genom att arbeta systematisk med standardiserad uppföljning så har det blivit enklare att planera för verksamheten och fler patienter har fått komma på sin kliniska kontroll. Genom att skriva vårdplanen (dokumenterad överenskommelse) och utse kontaktperson leder det till bättre compliance och förenklad kontaktvägen till vården. På sikt ska detta förebygga ohälsa och komplikationer. Enligt patientenkäten är man överlag positivt inställd till att bli kallad till mottagningen nöjd med upplägget där. De flesta känner till sin vårdplan och vet ganska väl var den finns.

Vi har med andra ord lyckats skapa en ny mottagning för den här patientgruppen som ger bättre hälsa och välbefinnande.



Välkommen till oss!

Du har tidigare genomgått så kallad överviktskirurgi, och det är viktigt att vi följer upp ditt mående regelbundet. Du kommer under året få en kallelse till vår sjuksköterska på obesitasmottagningen, vårdcentralen Teleborg.

Har du frågor kring detta är du välkommen att höra av dig till oss via 1177.se, "frågor vid pågående ärenden".

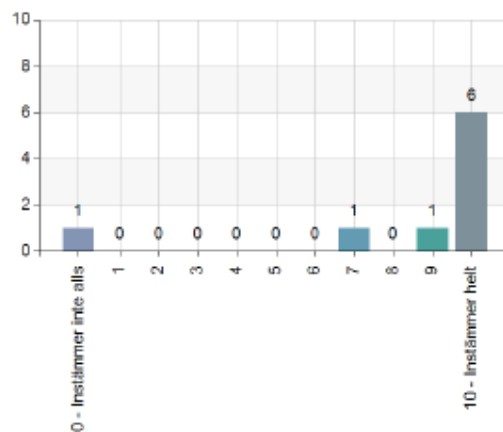
Varmt välkommen!

Vårdcentralen Teleborg

Patientutvärdering obesitasmottagningen

Jag tycker att det är bra att jag blir kallad till obesitasmottagningen för årlig uppföljning och kontroll.

Namn	Antal	%
0 - Instämmer inte alls	1	11,1
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	0	0
7	1	11,1
8	0	0
9	1	11,1
10 - Instämmer helt	6	66,7
Total	9	100



Statistik

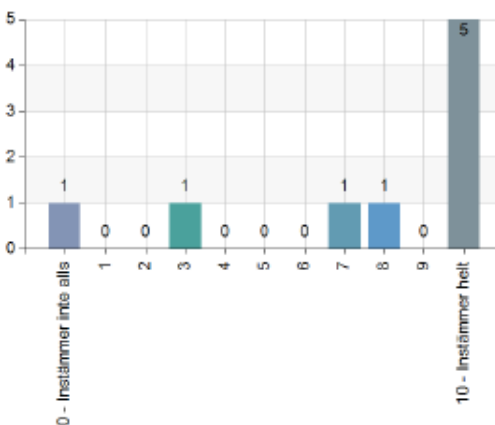
Medelvärde	8,44
Median	10

Svarsfrekvens

100% (9/9)

Jag vet var jag ska vända mig om jag har frågor eller mår sämre.

Namn	Antal	%
0 - Instämmer inte alls	1	11,1
1	0	0
2	0	0
3	1	11,1
4	0	0
5	0	0
6	0	0
7	1	11,1
8	1	11,1
9	0	0
10 - Instämmer helt	5	55,6
Total	9	100



Statistik

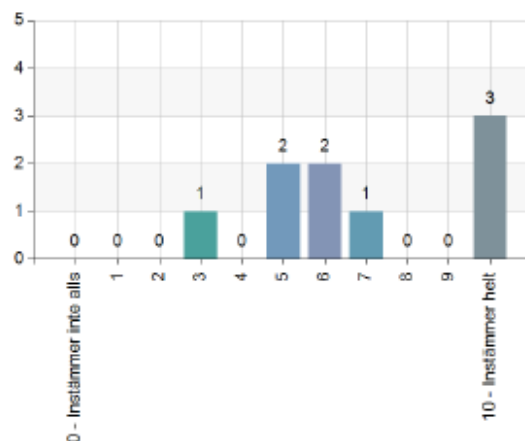
Medelvärde	7,56
Median	10

Svarsfrekvens

100% (9/9)

Jag vet var jag kan hitta min vårdplan.

Namn	Antal	%
0 - Instämmer inte alls	0	0
1	0	0
2	0	0
3	1	11,1
4	0	0
5	2	22,2
6	2	22,2
7	1	11,1
8	0	0
9	0	0
10 - Instämmer helt	3	33,3
Total	9	100



Statistik

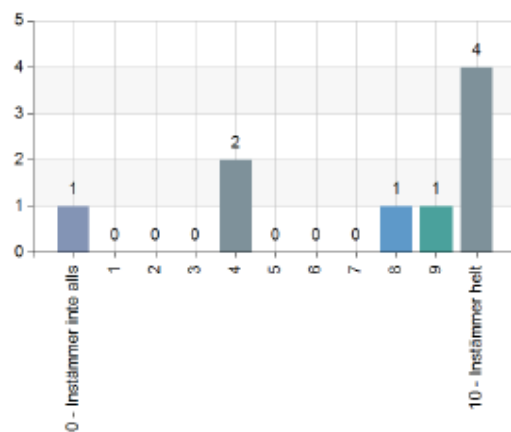
Medelvärde	6,89
Median	6

Svarsfrekvens

100% (9/9)

Besöket på obesitasmottagningen motsvarade mina förväntningar.

Namn	Antal	%
0 - Instämmer inte alls	1	11,1
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	2	22,2
5	0	0
6	0	0
7	0	0
8	1	11,1
9	1	11,1
10 - Instämmer helt	4	44,4
Total	9	100



Statistik

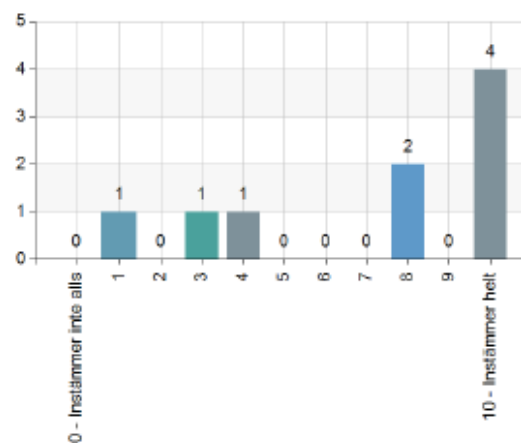
Medelvärde	7,22
Median	9

Svarsfrekvens

100% (9/9)

Jag känner att besöket gav mig den hjälp jag behövde.

Namn	Antal	%
0 - Instämmer inte alls	0	0
1	1	11,1
2	0	0
3	1	11,1
4	1	11,1
5	0	0
6	0	0
7	0	0
8	2	22,2
9	0	0
10 - Instämmer helt	4	44,4
Total	9	100



Statistik

Medelvärde	7,11
Median	8

Svarsfrekvens

100% (9/9)

Lokal rutin för uppföljning av patienter som genomgått överviktskirurgi

Gäller för: Vårdcentralen Teleborg

Utförs på: Vårdcentralen Teleborg

För patienter som opererats med gastric bypass och gastric sleeve innebär detta ett livslångt tillstånd som behöver övervakas för eventuella komplikationer. För att dessa patienter inte ska missas att följas så samlar vi dem under anslutningsöversikten.

- Om vårdpersonal kommer i kontakt med en listad patient med detta tillstånd, men som inte är med i vår anslutningsöversikt, ska man meddela ansvarig sjuksköterska på vår obesitasmottagning kring detta.
- Inkommer det en remiss gällande uppföljning efter obesitaskirurgi ska obesitassköterskan meddelas, så patienten kommer med i rullarna för uppföljning. Första besöket efter remiss är alltid till läkare, därefter sätts patient upp på väntelista för årliga kontroller hos obesitassköterskan.

1.1 När obesitassjuksköterskan fått vetskap om en ny patient utför denne följande steg:

1. Skickar välkomstmeddelande via 1177 till patienten, där det står att patienten kommer kallas under året för kontroll. Saknar patienten avisering via 1177 skickas färdig blankett med samma information med posten.
2. Patient läggs till i anslutningsöversikten post gastric bypass/gastric sleeve.
3. Obesitassköterskan kontrollerar anslutningsöversikten och bokar in nya patienter enligt denna. I bokningsunderlaget används kategori 1: Post GBP så vi kan särskilja och mäta antalet besök till denna mottagning framöver.

Besök bokas enligt följande:

- Remiss: Primärvård Vårdcentralen Teleborg
- *Avvikelseorsak endast vid nybesök*: Planerat besök utanför vårdgarantin
- Kategori 1: Post GBP
- Kontakttyp: 1. Mottagningsbesök, enskilt
- Vårdtjänst: Sjuksköterska kontinuitet besök 60 min
- Besökstyp: Nybesök/Återbesök
- Patientavgift: 30. Besök annan vårdpersonal 150 kr
- Rutan "Fritext till vald kallelse": Skrivs frasminne: GBPprov + Enter

4. Provtagningspaket enligt nedan beställs med svar till obesitassköterskan. Vid avvikande svar kontaktas ansvarig läkare (patient uppmanas inkomma för provtagning inför besöket i kallelsen).

Provtagning som rekommenderas som minimum (utökad provtagning endast på klinisk indikation):
--

Blodstatus	P-Ferritin
P-Kobalamin	P-Folat
S-PTH	S-25-OH Vitamin D
P-Calcium	P-Albumin
HbA1c	Lipidstatus

1.2 Rutin för kallelse och övervakning av väntelista

1. Obesitassjuksköterskan kontrollerar varje månad anslutningsöversikten och ser då vilka patienter som behöver kallas.
2. Räknar ut hur många tider som behövs och pratar med avdelningschef och bemannare gällande behov av tider i schemat.
3. Innan patienten bokas in kontrolleras för säkerhets skull i patientkortet att patienten fortfarande är aktuell/listad på vårdcentralen Teleborg.
4. Besök bokas på obesitassköterskans tidbok för obesitasmottagning.

5. Provtagning (+ eventuellt utökad provbatteri vid behov) beställs av sjuksköterskan.

1.3 Vad som ska avhandlas vid besöket

- Det tas en ordentlig anamnes, förs samtal kring levnadsvanor och aktuellt mående, blodtryck, provsvarresultat och BMI. Det kontrolleras även att patient både har och tar ordinerade läkemedel/kosttillskott*.
- Om patient har något eventuellt behov av fler åtgärder; såsom kontakt med psykosocial resurs, sjukgymnast ect förmedlas kontakt. Vid behov av dietistkontakt har lasaretsrehab ansvar för dessa patienter upp till 5 år efter operationen ägt rum, vilket innebär att remiss kan skickas dit inom detta tidsspann.
- En dokumenterad överenskommelse (vårdplan) upprättas vid första besöket och justeras vid behov vid återbesök. Vid upprättande av ny vårdplan skickas meddelande via 1177 till patienten om att sådan nu finns.
- Efter besöket uppdaterar sköterskan informationen i anslutningsöversikten, när det är aktuellt med nästa kontakt.

Bilaga PM Överviktsteamet, kirurgkliniken, Ljungby lasarett:

Uppföljning av patienter som genomgått operation mot fetma

Denna patient har genomgått operation mot fetma på Ljungby lasarett. I vårt uppföljningsprogram ingår återbesök med blodprovstagning hos överviktssköterska 6 veckor, 1 år, 2 år, 5 år och 10 år efter operationen samt läkarbesök efter 3 månader. Efter 2-årskontrollen rekommenderas patienten att genomgå en årlig kontroll på sin vårdcentral syftande framförallt till att identifiera bristtillstånd och få förskrivet kosttillskott.

De vanligaste bristtillstånden efter fetmakirurgi är järn, B12-vitamin och D-vitamin/kalcium. En mycket stark rekommendation föreligger därför för att komplettera kostintehålllet för samtliga obesitasopererade patienter med järn, B12 och D-vitamin/kalcium. Baserat på försiktighetsprincipen bör även s.k. multivitaminpreparat ges.

Ett *minsta* dagligt kosttillskott bör innehålla följande ämnen:

- Järn (45-60 mg/d)
- Vitamin B12 (cyanokobalamin 350 mikrogram/d) (kan alternativt ges som injektion 1 mg var 3:e månad)
- D-vitamin (800 E) alltid i kombination med kalcium (>500 mg, helst i citratform)
- Folat (400 mikrogram/d)
- Tiamin (kvinnor 1,1 mg/d, män 1,4 mg/d)
- Zink (9 mg/d)

För närvarande rekommenderar vi följande preparat:

- T. Betolvidon 1 mg 1x1
- T. Kalcipos-D Forte 1x2 (OBS högre dos än rekommenderad i FASS)
- T. Duroferon 100 mg 1x1
- Mitt val Kvinna 1x2 (även till män), receptfritt

Provtagning som rekommenderas som ett minimum för att upptäcka de vanligaste bristtillstånden (utökad provtagning på klinisk indikation):

- B-Hb
- P-Ferritin
- P-Kobalamin
- P-Folat
- S-PTH
- S-25-OH Vitamin D

Nordiska riktlinjer för monitorering och supplerering med vitaminer/mineraler samt uppföljning efter obesitaskirurgi finns på Skandinaviska obesitasregistrets (SOREg) hemsida: 2166 (un.se)

Överviktsoperationen hjälper många patienter att bli av med eller att slippa få följsjukdomar till fetman. Tack för att vi tillsammans fortsätter hjälpa dem att hålla sig friska!

Enhetschefer:

Projektansvariga:

Susanne Dahlström
Camilla Tideman

Pernilla Sandersson, Damla
Ekberg, Kai-Christian Reck, Sofia
Fahlander

29 Personcentrerad distriktssköterskeledd klimakteriemottagning på vårdcentral, Vårdcentralen Sländan

Projektplan patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Vårdcentralen Sländan
Datum för start:	2025-04-01
Planerat datum för avslut:	2025-12-31

Projektbeskrivning (max 400 ord)

Vad vill ni göra?

Vi vill starta upp en klimakteriemottagning på Vårdcentralen Sländan under våren 2025. Vi ser ett stort behov av detta hos våra patienter då många kvinnor kontakter oss med olika typer av klimakterierelaterade besvär och vi tror att en personcentrerad sjuksköterskeledd klimakteriemottagning kan vara till stor nytta för dessa kvinnor. Målgruppen för mottagningen kommer att vara kvinnor i åldrarna 45–59 år som kontakter vårdcentralen via telefon eller besök angående symptom som skulle kunna vara klimakterierelaterade. På vårdcentralen Sländan har vi i mars månad 2025 totalt 9568 listade patienter. Av dessa är drygt 9 % (n=881) kvinnor i åldrarna 45–59 år.

Hur ska ni göra det?

En distriktssköterska från Sländan (och en sjuksköterska från VC Lagan) har gått en 1-dagsutbildning i ämnet och kommer att ha planerade mottagningsbesök avsatta för klimakteriemottagningen i sin ordinarie tidbok. Planen är att distriktssköterskan och sjuksköterskan tillsammans med MLA lägger upp ramarna för hur mottagningen ska arbeta med t ex frågeformuläret MRS, provtagning, anamnestagning och bedömning. Mottagningen på Sländan kommer sedan att hanteras av distriktssköterskan i samarbete med vårdcentralens läkare, primärvårdens hälsoenhet och psykosocial resurs. Information kommer i samband med uppstart att ges till samtliga medarbetare på vårdcentralen om mottagningens målgrupp och syfte samt om kontaktvägar till mottagningen. Vi har även en tanke om att använda anslutningsöversikten för att hålla koll på vilka patienter som haft kontakt med mottagningen.

Hur ska ni visa hur det gick?

Vi vill undersöka hur kontakt med och råd från en utbildad distriktssköterska på en personcentrerad mottagning kan påverka måendet hos denna patientgrupp. För att få fram detta kommer patienterna att få skatta sina symptom i formuläret MRS vid första besöket samt vid uppföljande besök. Resultaten kommer sedan att jämföras med varandra för att bedöma vilken effekt sjuksköterskans personcentrerade insatser haft för patienternas mående. Detta kommer att göras för de patienter som inte fått systemisk medicinsk behandling.

Vi kommer att räkna antalet patientbesök på klimakteriemottagningen under maj månad samt under oktober månad för att jämföra antalet besök från uppstart till etablerad mottagningsverksamhet. Vi kommer också att mäta hur stor andel av dessa som haft enbart kontakt med distriktssköterska, hur stor andel som hänvisats till primärvårdens hälsoenhet och/eller psykosocial resurs samt hur stor andel som fått systemisk medicinsk behandling förskrivna av läkare.

För att mäta patientnöjdheten kommer vi att genomföra en enkät med de berörda patienterna utifrån hur de upplever besöket på klimakteriemottagningen.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

Carina Heed, Ljungby 250324

Bilaga 2

Redovisning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling

Vårdcentral	Sländan
Planerat startdatum	2025-04-01
Datum för avslut:	2025-12-31
Rubrik:	Personcentrerad distriktssköterskeledd klimakteriemottagning på vårdcentral
Beskrivning av tillvägagångssätt och utfall (min 200, max 600 ord) Hur gjorde ni? En distriktssköterska från Sländan (och en sjuksköterska från VC Lagan) har gått en 1-dagsutbildning i ämnet och har därefter haft planerade mottagningsbesök avsatta för klimakteriemottagningen i sin ordinarie tidbok. Distriktssköterskan och sjuksköterskan har tillsammans med MLA lagt upp ramarna för hur mottagningen ska arbeta med t ex frågeformuläret MRS, provtagning, anamnestagning och bedömning. Mottagningen på Sländan har hanterats av distriktssköterskan i samarbete med vårdcentralens läkare, primärvårdens hälsoenhet och psykosocial resurs. Patienterna har inför besök fyllt i formuläret MRS via 1177 och vid uppföljande kontakt har de fyllt i patientnöjdhetsenkät. Hur gick det? På grund av en långvarig oplanerad sjukskrivning på hel- och deltid hos den distriktssköterska som skulle driva projektet har vi inte kommit igång i den utsträckning som vi hade hoppats och önskat. Med tanke på det lilla underlaget väljer vi att inte redovisa statistik i tabell- eller diagramform. I maj hade vi inga patienter inbokade, i oktober var det fyra. Totalt har tio patienter varit inbokade för besök på klimakteriemottagningen fram till 31/10 - 2025. Av dessa har åtta haft kontakt med läkare, två med psykosocial resurs, 2 med fysioterapeut och en med primärvårdens hälsoenhet. Fyra patienter har haft uppföljande kontakt med klimakteriemottagningen, av dessa har tre svarat på den uppföljande enkäten och givit övervägande positiva svar, se bilaga. Samtliga fyra har fått systemisk behandling och vi kan därför inte utvärdera om det är den eller den personcentrerade mottagningen som haft effekt.	

Vi hade även en tanke om att använda anslutningsöversikten för att hålla koll på vilka patienter som haft kontakt med mottagningen. Detta har vi inte genomfört men planerar att göra så framöver.

Varför gick det som det gick?

Se ovan om sjukskrivning. Detta har inneburit att vi valt att inte göra särskild reklam för verksamheten för att inte bli överbelastade och tvingas neka patienter. De patienter som kommit till oss är de som sökt aktiv hjälp för svåra besvär vilket inneburit att de flesta inte varit tillräckligt hjälpta av enbart distriktssköterskans kompetensområde utan behövt läkarkontakt och systemisk behandling. Därför är det svårt att utvärdera effekten av mottagningen. Patienterna har dock verkat övervägande nöjda och vi planerar att fortsätta erbjuda klimakterierådgivning till våra patienter och hoppas kunna utvidga konceptet framöver.

Namn verksamhetschef, ort och datum:

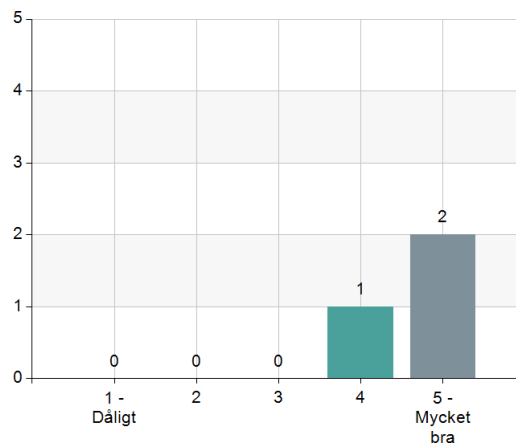
Klimakteriemott Sländan

Hur upplevde du bemötandet vid första kontakten med klimakteriemottagningen?

Namn	Antal	%
1 - Dåligt	0	0
2	0	0
3	0	0
4	1	33,3
5 - Mycket bra	2	66,7
Total	3	100

Statistik	
Medelvärde	4,67
Median	5

Svarsfrekvens	
100% (3/3)	

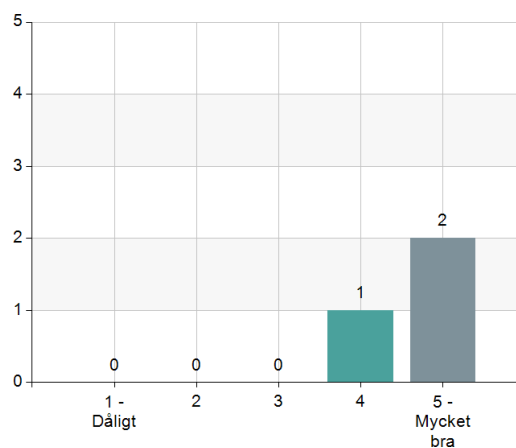


Hur upplevde du bemötandet vid själva besöket?

Namn	Antal	%
1 - Dåligt	0	0
2	0	0
3	0	0
4	1	33,3
5 - Mycket bra	2	66,7
Total	3	100

Statistik	
Medelvärde	4,67
Median	5

Svarsfrekvens	
100% (3/3)	



Upplever du att du får/har fått hjälp med det du sökte vård för?

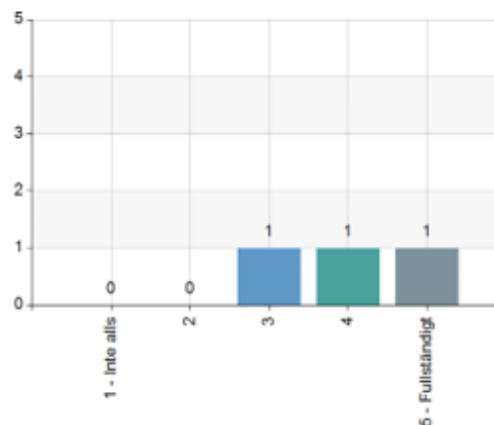
Namn	Antal	%
1 - Inte alls	0	0
2	0	0
3	1	33,3
4	1	33,3
5 - Fullständigt	1	33,3
Total	3	100

Statistik

Medelvärde	4
Median	4

Svarsfrekvens

100% (3/3)

**Upplever du att vi har förstått dina problem/behov?**

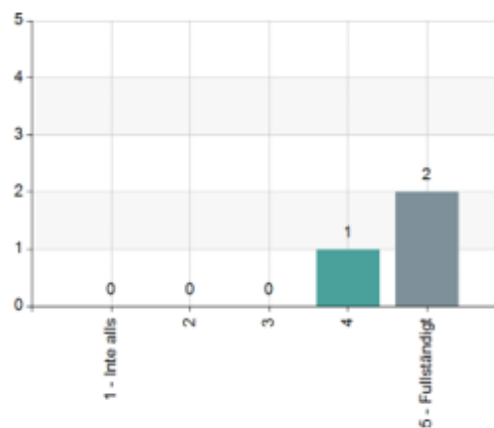
Namn	Antal	%
1 - Inte alls	0	0
2	0	0
3	0	0
4	1	33,3
5 - Fullständigt	2	66,7
Total	3	100

Statistik

Medelvärde	4,67
Median	5

Svarsfrekvens

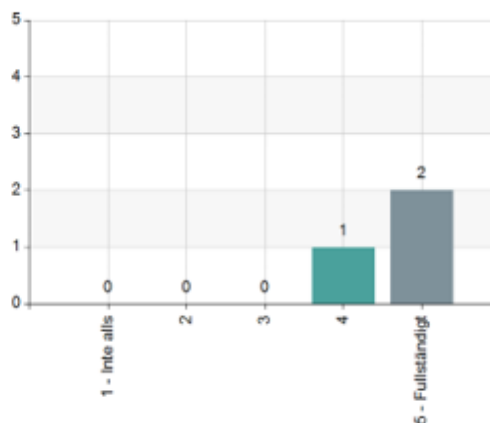
100% (3/3)

**Upplever du att vi har lyssnat på dig?**

Namn	Antal	%
1 - Inte alls	0	0
2	0	0
3	0	0
4	1	33,3
5 - Fullständigt	2	66,7
Total	3	100

Statistik	
Medelvärde	4,67
Median	5

Svarsfrekvens	
100% (3/3)	

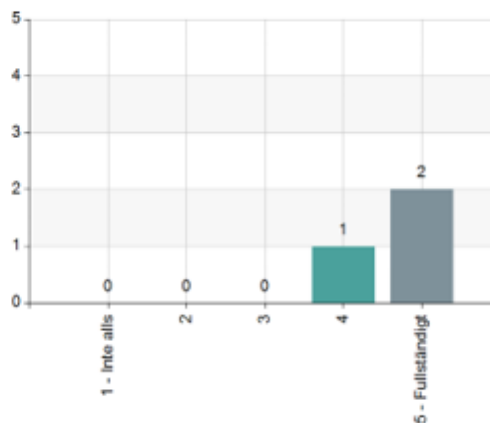


Har du förstått vad du själv behöver göra (egenvård) för att du ska må bättre?

Namn	Antal	%
1 - Inte alls	0	0
2	0	0
3	0	0
4	1	33,3
5 - Fullständigt	2	66,7
Total	3	100

Statistik	
Medelvärde	4,67
Median	5

Svarsfrekvens	
100% (3/3)	



Känner du dig trygg med den vård du får/har fått?

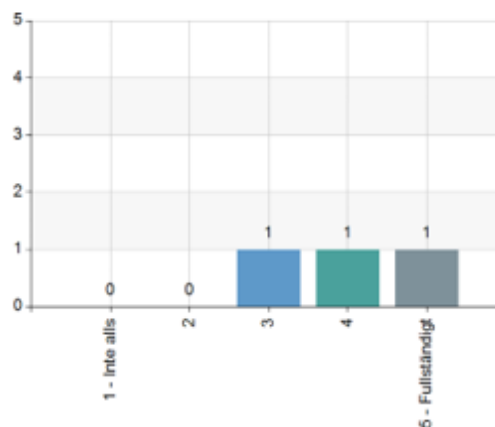
Namn	Antal	%
1 - Inte alls	0	0
2	0	0
3	1	33,3
4	1	33,3
5 - Fullständigt	1	33,3
Total	3	100

Statistik

Medelvärde	4
Median	4

Svarsfrekvens

100% (3/3)

**Hur har du upplevt uppföljningen efter ditt besök?**

Namn	Antal	%
1 - Dålig	0	0
2	0	0
3	0	0
4	1	33,3
5 - Mycket bra	2	66,7
Total	3	100

Statistik

Medelvärde	4,67
Median	5

Svarsfrekvens

100% (3/3)

