

Sammanställning av patientnära medicinska kvalitetsarbeten 2022

23 av 32 vårdcentraler har redovisat godkända kvalitetsarbeten för 2022 vilka presenteras i detta dokument. Kraven för godkännande har anpassats efter de förändrade förutsättningar som coronapandemin har medfört. Antalet är 1 mer än föregående år.

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

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

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

Innehållsförteckning

1	KOL-utbildning med fokus på fatigue för patienter.....	3
2	Minska förskrivningen av opioider.....	5
3	Vidareutveckling av äldreomsorgen.....	7
4	Tidig upptäckt av levnadsvanor som kan försvåra sårhäkning.....	9
5	Tillfälligt vårdteam kring patient som skrivs ut till primärvård från akutgeriatriken.....	10
6	Korrekt uppföljning av patienter med KOL.....	11
7	Hem blodstrycksmätning.....	12
8	Uppföljning av patienter med graviditetsdiabetes.....	15
9	Utvärdering av hälsoeffekter av hälsosamtal och ett submaximalt konditionstest för patienter födda 1967.....	17
10	Förbättra LDL-värden hos patienter med Diabetes typ 2.....	19
11	Uppföljning av Alendronat-behandling.....	21
12	Implementering av artrosprocessen på vårdcentralen Kungshögen.....	23
13	Fysisk aktivitet vid Parkinsons sjukdom.....	25
14	Vikten av vikten.....	28
15	Förändring i telefonarbetet, TeleQ till MBRT (Medicinsk, Bedömning, Rådgivning, Tidsbokning).....	30
16	Samverkan mellan barnhälsovård och socialtjänst.....	35
17	Akupunkturbehandling vid spänningshuvudvärk.....	37
18	Utvärdering av den digitala vårdtjänsten Doctrin.....	39
19	Patientnära teamarbete kring patienter med misstänkt neuropsykiatrisk problematik på VC..	42
20	Kan vi öka antalet Fysisk aktivitet på recept?.....	44
21	Framtagande av lokal rutin för diabeteskontroller.....	46
22	Link/SIP arbete i samverkan med kommunen.....	48
23	Hand till hand överlämnande psykisk ohälsa.....	50

1 KOL-utbildning med fokus på fatigue för patienter

Vårdcentral	Achima Care Vislanda
Projektbeskrivning	
Många med KOL upplever en stor trötthet, ingen energi, sk fatigue, vilket påverkar deras livskvalitet negativt. Vi vill med hjälp av patientutbildning se om vi kan förbättra livskvaliteten och öka kunskaperna om KOL/ fatigue. Vi utgår från data från Medrave. De patienter som har diagnos KOL och genomfört screeningunderlaget CAT, med poäng mer än 20 och/eller svarat mer än 3 på sista frågan om upplevelse om energi kommer vi att fokusera på. Skickar ut enkät till dessa om deras kunskaper om fatigue och vad de vill veta mer om för att kunna erbjuda rätt patientutbildning. Patienterna kommer också själv skatta sin egna hälsa och svara på CATs sista fråga om upplevelse av energi Patienter kallas sen till en KOL skola med fokus på fatigue och lättare fysisk aktivitet tex energibesparande aktiviteter, ergonomi och olika fysiska aktiviteter. Patientutbildningen sker i samarbete med fysioterapeut, arbetsterapeut och astma/kol sköterska. Efter genomgången patientutbildning får de svara på samma frågor som innan. Vår förhoppning är att den har gett positivt resultat.	
Projektredovisning	
Vi startade med en projektgrupp där KOL-sköterska, sjukgymnast, medicinsk sekreterare och arbetsterapeut ingick. Vi identifierade vilka patienter som passade in på kriterierna via Medrave och skrev ett brev för att skicka ut till patienterna. Till följd av missförstånd och sedan även sjukdom och omlottsemestrar hos personalen kom inte utskicket till patienterna iväg innan sommaren. Vi hann inte få in svaren från patienterna till för uppstart av KOL-utbildningen under höstterminen 2022. Vi har dock sett över vilka patienter som fortfarande, hösten 2022, passar in på kriterierna och har ett nytt utskick på gång. Där kommer vi fokusera på att erbjuda uppdaterade kunskaper om KOL och fatigue. Många av de som KOL-sköterskan har träffat upplever att de trots genomgång av KOL-skolan, träff med sjukgymnast och KOL-sköterska, inte har så mycket kunskap om KOL och hur det påverkar vardagen. (Vi har på så sätt kunnat stämma av vad de patienter vi hunnit träffa, känner att de har för kunskaper om KOL och fatigue, istället för enkätutskick). Vi kommer därför fortsättningsvis att erbjuda tid till arbetsterapeut, i samband med årsuppföljningarna, för de patienter som önskar. Där kommer de få vidare information om energibesparande aktiviteter i vardagen och fatigue. De kommer tillsammans kunna arbeta med strategier som fungerar för just patienten ifråga.	

Vi har även börjat att samtala mer om fatigue och livskvaliteten generellt med våra KOL-patienten.

Vi tänker att vi kan fråga våra patienter som upplever fatigue, utifrån vad de svarat på CAT, frågor från Mental Fatigue Scale (MFS) (frågor 1-3 + 15), för att kunna följa om deras trötthet förvärras och även för att få en mer uppfattning av deras upplevda fatigue. Vi planerar även att utforma en egen behandlingsplan, likt den som finns på SKR, med behandlingsinformation och dylikt. Projektgruppen arbetar vidare med detta under hösten 2022.

Vi skickar även ut utskicket till patienterna för att fråga om de är intresserade av att delta i KOL-skola med fokus på energi och fatigue till våren. Utskicket bifogas som bilaga (1).

Arbetsterapeuten kommer gå på föräldraledigt några månader och sjukgymnasten är på längre semester, därav har vi valt att vänta till våren 2023, istället för att starta tidigare i höst.

Projektet kommer dock att fortlöpa och vår förhoppning är att kunna starta KOL-utbildningen till våren om patienterna är intresserade.

Vår tanke är fortfarande ett upplägg med lärande av varandra och patienterna, med fokus på fatigue och lättare fysisk aktivitet. Energibesparande aktiviteter, ergonomi och olika fysiska aktiviteter som kan göras utan att påverka andningen så pass mycket att det blir obehagligt för patienterna. Patientutbildningen kommer att ske i samarbete med fysioterapeut, arbetsterapeut och astma/kol sköterska.

2 Minska förskrivningen av opioider

Vårdcentral	Achima Care Växjö
Projektbeskrivning	
Vårt mål: Minska förskrivningen av opioider till våra listade patienter exklusive patienter med cancerdiagnoser på VC Achima i Växjö. Varför: Vi ser att vi förskriver mer opioider till våra patienter på vårdcentralen Achima Care i Växjö än vad som förskrivs i övriga Kronoberg och i hela Riket. Vi tycker det är viktigt att komma fram till varför vi har större förskrivning av opioider på vår vårdcentral. Vi vill även ta reda på om alla patienter som står på långtidsverkande och korttidsverkande behandling med opioider har indikation för det. Det är viktigt att inte förskriva läkemedel där man ser tecken på utveckling av beroende och missbruk. Hur når vi dit? Utskrift av lista över patienter som står på opioider (exklusive patienter med cancerdiagnoser) från Medrave 4. Vi följer upp resultatet månadsvis på läkarmötet samt på APT. Ny bedömning av behovet av opioider görs alltid i samband med läkarbesök eller vid receptförnyelse. Plan upprättas för varje patient i samband med besök eller telefonkontakt. Viktigt att sätta ut opioider som varit insatta i samband med operationer eller efter att patienten sökt akut på CLV. Eftersträva att skriva ut recept på små förpackningar och sätta tidsintervall på recept. Insättning av Cocillana-Etyfin görs enbart i speciella fall, bör vara bedömda på mottagningen. Vid behov av förskrivning av läkemedel för hosta bör Mollipect förskrivas i första hand. Förnyelse av recept Vid önskemål om receptförnyelse kollar sjuksköterska att konsumtionen ej överskrider ordinationen. Sköterskan tar hjälp av receptsnurran för att enkelt beräkna doseringen Ansvarig läkare sköter receptförnyelser! Projektet kommer följas upp månadsvis genom att ta fram statistik i Medrave, detta kommer MAL gå igenom på läkarmöten samt till samtlig personal på APT Syftet med projektet är att undvika onödig förskrivning av opioider till patienter, vilket kan leda till missbruk hos patienten och i värsta fall för tidig död. I dagsläget har vi 468 patienter som behandlas med opioider, av dessa är 279 kvinnor och 189 män. Fördelat i åldersgrupper 0–29 år = 37 patienter, 30–59 år = 206 patienter, 60–69 år = 82 patienter och 70+ = 143 patienter Målet är att minska förskrivningen samt sätta ut läkemedlet från patienternas läkemedelslista när behandlingen är avslutad.	

Projektredovisning

Vi valde att arbeta med att minska förskrivningen av opioider till våra listade patienter på Achima Cares vårdcentral i Växjö

Syftet med projektet var att undvika onödig förskrivning av opioider till patienter, vilket kan leda till missbruk hos patienten och i värsta fall för tidig död.

Vi använde oss av statistik från Medrave4 och använde dessa sökkriterier:

Rapporter - Primärvårdskvalitet – Område – Övergripande – läkemedel – Andel patienter som behandlas med opioider exklusive patienter med cancerdiagnoser

Vi valde alla listade patienter på vårdcentralen samt alla åldrar

När vi startade projektet i i början av året hade vi 468 patienter som behandlades med opioider av totalt 5153 listade patienter, fördelningen mellan kön och åldersgrupper ser ut som följande:

279 kvinnor och 189 män. Fördelat i åldersgrupper 0–29 år = 37 patienter, 30–59 år = 206 patienter, 60–69 år = 82 patienter och 70+= 143 patienter

Idag 2022-11-28 har vi totalt 530 patienter som behandlas med opioider av totalt 7091 listade patienter fördelningen mellan kön och åldersgrupper ser ut som följande:

309 kvinnor och 221 män. Fördelat i åldersgrupper 0–29 år = 48 patienter, 30–59 år = 230 patienter, 60–69 år = 93 patienter och 70+= 159 patienter

Bifogar utdrag från Medrave 4 där det framgår att vi sänkt våra förskrivningar från 11% i början av året till 9% i dagsläget trots pålistning med 1938 patienter. Vi ligger fortfarande högre än Regionens snitt på 8,8% och rikets snitt på 5,4%.

Sköterskorna har använt sig av receptsnurran vid uträkning av konsumtionen när patienterna ringt in och önskat receptförnyelse. Mindre förpackningar har skrivits ut vid receptförnyelse. Alla nylistade patienter har varit på ett fysiskt läkarbesök innan recept utfärdats och en behandlingsplan har upprättats för patienten.

Uppföljning har skett regelbundet vid läkarmötena och personalen har fått information om arbetet vid APT möte.

Vi kommer fortsätta arbeta på att minska förskrivningen av opioider även i fortsättningen då vi har ett mål att nå under 7%

3 Vidareutveckling av äldreomsorgen

Vårdcentral	Achima Care Älmhult
Projektbeskrivning	
Vidareutveckling av äldreomsorgen En stor patientgrupp med omfattande och komplexa vårdbehov är äldre personer. Detta är en viktig målgrupp även utifrån omställningen och utvecklingen av god och nära vård "Närmare Kronobergaren". Under två år med pandemin har vår äldreomsorg i stort sett varit vilande. Vi vill nu komma igång och vidareutveckla mottagningen. Vår huvudmålsättning är att äldre patienter ska få adekvat vård och stöd hos oss. Vi vill: - under året arbeta för att uppnå en ökad tillgänglighet och kontinuitet i kontakterna med vårdcentralen för berörda patienter. - lyssna in berörda patienternas syn på vad för behov vår äldre mottagning ska kunna fånga nu och på sikt. - starta förebyggande hälsokิจกรรมer. Metod - Daglig mottagningstid som bemannas av två äldre sjuksköterskor (vardagar 8-17). - Daglig telefonid direkt till äldreomsorgssjuksköterska, bemannas av två äldreomsorgssjuksköterskor (vardagar 11-12). - Alla besök till sjuksköterska bokas till äldreomsorgssjuksköterskor, vilka vid behov tar hjälp av övriga kollegor. - Varje person som är aktuell hos äldreomsorgen ska ha en fast vårdkontakt och fast läkarkontakt. - Enkät till patienter som besöker vårdcentralen som är 75+ om behov från äldreomsorgen samt intresse för aktiviteter. - Utifrån intresse som undersöks via enkät starta och genomföra aktiviteter som förebygger ohälsa och stärker hälsa. Ex. sömnskola, fallpreventionsskola. Resultat/utvärdering - Mätning av mottagningstid och telefonid. - Kontroll att patienter på äldreomsorgen har namngivna vårdkontakter - Enkäter för att inhämta patienternas syn på vad äldreomsorgen kan utveckla samt intresse för aktiviteter. - Utvärderingsenkäter till deltagare i gruppaktivitet.	
Projektrevisning	
En sjuksköterska per dag har varit schemalagd på äldreomsorgen, mestadels kl 10-17, men även en hel del heldagar och halvdagar. Vi har fått ställa in mottagningen helt 14 dagar på grund av planeringsdagar, sjukfrånvaro, covid-vaccinationer eller annan ledighet. Under åtta veckors sommarsemester låg alla vårdcentralens specialmottagningar nere. Antalet personer (75 år eller äldre) som besökt äldreomsorgen, under perioden april-oktober, har ökat till 142 i år, jämfört med 48 samma period förra året.	

Telefontiden till äldremottagningen kl 11-12 har bemannats dagligen och en mätning på antal inkommande telefonsamtal visade att det i genomsnitt ringde 6 personer per dag.

Stickprov har gjorts för att kontrollera om personerna som bokats på äldremottagningen har en fast vårdkontakt. Totalt kontrollerades 2 besök/vecka, alltså totalt 44 besök (olika patienter) under april-oktober, varav det framkom att 28 har en namngiven fast vårdkontakt (64%). De allra flesta har en läkare som fast vårdkontakt, tre har en sjuksköterska och någon enstaka har både läkare och sjuksköterska. Tittar vi på augusti-oktober, blev resultatet att 16 av de 22 kontrollerade, har fast vårdkontakt (73%), dvs vi har blivit bättre under projektets gång.

Under våren delades en enkät ut till de äldre som besökte vårdcentralen för att ta reda på vad de önskade få ut av vår äldremottagning. 15 personer besvarade enkäten, och flera ville ha hjälp med hälsosamtal, fallprevention/stavgång, ensamhet, stöd och råd i olika frågor, hjälp med olika besvär såsom sår, mage, syn och urinvägar. Många uppgav att det var bra att direkt få prata med en person när de ringer.

Under hösten startade en av våra psykologer två grupper med ACT (Acceptance and Commitment Therapy) för äldre. Det deltog 5 deltagare i ena gruppen och 3 i andra. De träffades 1,5 h, 1 gång i veckan under 4 veckor med ett nytt tema för varje tillfälle. Det gick inte att dra några statistiska slutsatser av utvärderingsinstrumentet (SF36) som användes, på grund av för få deltagare och för kort tid, men en muntlig utvärdering, som las till vid sista tillfället, visade att aktiviteten var mycket uppskattad av deltagarna och att de hade velat fortsätta under längre tid.

På fysioterapin startades två träningsgrupper för äldre, med 7 deltagare i varje grupp. De träffades 1 h, 1 gång i veckan under 6 veckor. Träningen bestod av cirkelträning med fokus på styrka, balans och kondition. Samma utvärderingsinstrument användes (SF36), med samma svårighet att dra statistiska slutsatser. Denna aktivitet var också mycket uppskattad av deltagarna enligt muntlig utvärdering i slutet.

Sammanfattning:

- Schemalagd äldremottagning alla dagar utom 14 under april-oktober och telefontid till äldremottagningen alla dagar.
- 64% av de som besökt äldremottagningen har en fast vårdkontakt
- Enkät gjordes och det de äldre önskade mest var att direkt få prata med en person, få hjälp med hälsosamtal, fallprevention/stavgång och ensamhet.
- SF 36 användes som utvärderingsinstrument i våra 4 gruppaktiviteter, men för få deltagare och för kort tid, gjorde att vi inte kunde dra några statistiska slutsatser. Muntlig utvärdering visade att aktiviteterna var mycket uppskattade och att deltagarna hade velat fortsätta under längre tid.

4 Tidig upptäckt av levnadsvanor som kan försvåra sårläggning

Vårdcentral	Birka
Projektbeskrivning	
Mål/Syfte: Tidig upptäckt av levnadsvanor som kan försvåra sårläggning. Bakgrund: Enligt kvalitetsregistret RiksSår, för VC Birka de senaste 2 åren, har 45% av patienterna fetma och 14% övervikt. Detta är ofta kopplat till venös insufficiens. Men endast 27% av alla patienter har fått livsstilsråd under sårläggningstiden. Vi har också upptäckt att 8% av patienterna med svårsläta, recidiverande sår har ett alkoholmissbruk. I vissa fall har det gått flera månader eller år innan detta har upptäckts. Antal sår per patient för alla patienter är i genomsnitt 1,44 sår/patient. För patienterna med alkoholmissbruk är det istället 2,25 sår/patient. Alkoholmissbruket har sannolikt påverkat sårläggningen negativt genom t ex nedsatt följsamhet till användning av kompressionsstrumpor, dålig vitaminstatus och kosthållning. Sårskador kan ha uppkommit under alkoholpåverkan. Metod: • Ställa frågor om levnadsvanor vid inskrivningsbesöket på Såravdelningen. • Informera om Primärvårdens hälsoenhet och lämna ut visitkort till de patienter som önskar det. • Förmedla kontakt med fysioterapeut för hjälp med träning. • Informera patienterna om att vi rekommenderar blodprov för kontroll av B-PEth. Uppföljning: Kommer att ske genom att vi kontrollerar i RiksSår andelen patienter som fått livsstilsråd under sårläggningstiden och att vi kontrollerar i cosmic om patienterna blivit erbjudna B-PEth-prov.	
Projektredovisning	
Mål: Tidig upptäckt av levnadsvanor som kan försvåra sårläggning. Metod: Alla patienter med svårsläta sår skulle vid inskrivningen på såravdelningen få frågor om levnadsvanor, dvs tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor. För de patienter som önskade förmedlades kontakt till Primärvårdens hälsoenhet eller sjukgymnast. För patienter med riskbruk av alkohol rekommenderade vi kontroll av B-PEth. Resultat: Enligt statistik från kvalitetsregistret RiksSår har vi totalt 14 nyregistrerade patienter med svårsläta sår sedan 2022-04-01. Av dessa är hälften läkta och hälften pågående. Alla har fått frågor om levnadsvanor. Alla patienter, utom två, har fått informationsblad utifrån sin sårdiagnos med information om diagnosen och tips på vad de kan göra själva för att underlätta läkningen. Enligt kontroll av patienterna i cosmic har ett mindre antal patienter lämnat prov för B-PEth eller fått kontakt med Primärvårdens hälsoenhet. Anledningen till att två personer inte fått informationsblad om diagnos och egenvård beror på i det ena fallet en osäkerhet kring diagnosen och det andra på att det är en typ av sår som vi inte hade något informationsblad om, men levnadsvanor har diskuterats muntligt med patienten. Diskussion: Det är positivt att alla patienter har blivit tillfrågade om levnadsvanor och att i stort sett alla fått livsstilsråd och information om sin diagnos. Jämfört med perioden 2 år tillbaka där endast 27% fått råd om levnadsvanor. Kanske kunde vi ha varit mer aktiva i att uppmuntra patienterna till kontakt med Primärvårdens hälsoenhet. Men sammantaget har vi under detta projekt blivit bättre på att uppmärksamma ohälsosamma levnadsvanor hos patienterna, vilket var målet med projektet. Vi kommer att fortsätta arbetet med patienternas levnadsvanor.	

5 Tillfälligt vårdteam kring patient som skrivs ut till primärvård från akutgeriatriken.

Vårdcentral	Braås
Projektbeskrivning	
Kvalitetsarbete för att erbjuda personcentrerad vård; etablera tillfälliga vårdteam kring en patient med behov, att pröva teamets möjlighet och behov för att kunna kommunicera och fungera som team inom professionerna och med patient som teammedlem. Patienter som skrivs ut från avd 13 är ofta sköra äldre med flera läkemedel. På avdelningen görs en grundlig bedömning av sjuksköterska, läkare, apotekare, sjukgymnast och arbetsterapeut. Efter vårdtillfället skrivs en remiss för uppföljning av inläggande vård generellt liksom gjorda läkemedelsändringar. För att skapa en brygga mellan avd 13 med vårdcentralen föreslås tillskapandet av vårdteam med patient och berörda professioner inom PPR för att minska risk för återinläggning och ha större möjligheter att följa upp och bygga vidare på insatserna från avd 13. Teammedlemmar blir DSK som fast vårdkontakt och samordnare, läkare som fast läkarkontakt liksom vid behov den apotekare som bedömt pat, vid behov primärvårdsrehab. Uppföljning hos pat för att utröna om arbetet varit personcentrerat (Semi-strukturerad telefonintervju med MLA i anslutning till avslutat team), uppföljning hos teammedlemmar genom fokusgrupper under APT i slutet av oktober 2022 med de som deltagit i team. Efterföljande rapportsammanställning av MLA	
Projektredovisning	
Vi har försökt skapa tillfälliga vårdteam kring en patient som vårdats inne på akutgeriatriken. Vid ett tillfälle har vi lyckats med detta då fysioterapeut och farmaceut från akutgeriatriken, och läkare från VC samlades kring patientens uppföljande besök på vårdcentral efter att ha vårdats inläggande. Vi detta tillfälle dock, nåddes en hög grad av kunskapsöverföring bortom den som finns att läsa sig till i journalen från det inläggande vårdtillfället. Från läkarens perspektiv kunde särskilt viktiga lärdomar från både farmaceut och fysioterapeut vinnas som annars förlorats i övergången. Även övriga teammedlemmar var nöjda med arbetet och hade velat pröva fler gånger. Från patientens perspektiv uppfattades projektet som ett bra sätt att överbrygga erfarenheterna från vårdtillfället på sjukhuset. Patienten uppskattade särskilt inspel från både farmaceut och fysioterapeut och möjligheten att ställa frågor till dessa några veckor efter att hon kom hem. Tyvärr drabbades vi av liknande problem som vid projektet i Rottne. Det finns en ovana i organisationen att jobba i team, en ovana att jobba i team över gränser i organisationen, i det här fallet mellan sjukhus och primärvård. Vi saknade kontaktytor för teamarbete och luckor i tidböckerna för att finna tid när det behövdes eftersom när väl ett behov uppstår så är tidböckerna bokade sen länge. Vi hade också svårt att i den löpande verksamheten identifiera lämpliga patienter till stor del kopplat till bemanningsproblem på Vc. Detta är lärdomar som är viktiga inför vidare arbete med team på VC.	

6 Korrekt uppföljning av patienter med KOL

Vårdcentral	Capio Hovshaga
Projektbeskrivning	
Identifiera vårdbehov och rikta uppföljning på rätt nivå till rätt patient vid rätt tidpunkt för KOL-patienter genom utskick av CAT formulär. CAT (COPD Assessment Test) skickas till patienter med KOL-diagnos utifrån nedan kriterier och data hämtat från nuvarande kallelselista i Cosmic samt Medrave. Ambitionen är att fånga in de patienter som inte varit på besök på länge eller tidigare uppvisat en ökad symptombild: Patienter med KOL som saknar CAT det senaste året Patienter med KOL som har CAT svarpoäng över 10 p Patienter med KOL som röker. Pat som saknar spirometriundersökning de senaste 2 åren. Pat får meddelande via 1177.se och uppmanas att svara på CAT inför planerad bedömning. Mål: Målsättningen är att snabbare kunna identifiera vilka patienter som behöver prioriteras, kalla dem på besök för ev optimering av behandling (Läkemedel, fysioterapi, rökavvänjning osv)	
Projektredovisning	
Ambitionen är att fånga in de patienter som inte varit på besök på länge eller tidigare uppvisat en ökad symptombild (Se redovisning av patientnära medicinskt arbete) Metod: Genom att granska patienter med KOL i medrave samt journalgranskning och åtgärder: Patienter med KOL som saknar CAT det senaste året 27% saknar CAT senaste året (32 patienter; vid journalgranskning av dessa, berörs 2, vilka får CAT skickat till sig. Övriga berörs ej. Ex. följs via lungmottagning (7 st), tidigare CAT under 10 (6 st) eller svår multisjuklighet (7 st). Kring 4 pat rådde tveksamhet kring diagnos. Patienter med KOL som har CAT svarpoäng över 10 p Vid en journalgenomgång på patienter med CAT över 15 har samtliga patienter varit i kontakt med vc, 2 individer har identifierats där man möjligen kan justera medicinering. Dessa patienter är kontaktade. Patienter med KOL som röker.	

84 % har registrerat dokumenterat uppgift om rökning. 2% rökare. Finns ett kvarvarande arbete att vidare erbjuda dessa rökavvänjning.

Pat som saknar spirometriundersökning de senaste 2 åren.

94 % har genomfört spirometri enl medrave. Vid granskning av de 9 individer som ej har noterat spiro, finns en individ som ej är överförd till medrave samt 1 individ som genomfört undersökningen på Klin.fys. Övriga 7 individer berörs ej.

Väntelista

Vi är nu i fas med vår väntelista, vilket innebär att vi inte har några patienter före oktober 2022.

-Kvar för 2022 är: 58 patienter (både astma och KOL) för uppföljning av spirometri och utvärdering behandling. KOL patienterna i denna grupp har fått CAT hemskickat (digitalt) inför uppföljande kontakt. Patienter med högst CAT prioriteras.

För 2023 har vi just nu 241(blandat astma/KOL) pat på väntelista.

Sammanfattning:

Vi har genom denna granskning kunnat dra vissa slutsatser:

-Hög andel genomförd Spirometri bland KOL-patienter.

-Hög andel CAT bland Kol-patienter

-Vi kallar prioriterade patienter inom 1-4 veckor till astma/KOL-mottagning om indicerat. saknar metod för att mäta och visualisera det!

-Vi har kunnat konstatera att CAT inte alltid återspeglar patientens symptom och besvär. Sannolikt svårt att bara utgå från Medrave och CAT vi, behöver en parallell väntelista, för att inte missa patienter. Vårt arbete här leder oss förhoppningsvis framåt i hur vi ska hjälpa dessa patienter bäst.

-Vi har fått fokusera på KOL patienterna, då det blev för svårt att få in patienter med astma i detta arbete. Det återstår för oss.

-Vi kan konstatera att CAT ändå fyller ett värde, men måste fungera digitalt i journalsystemet.

-Vi bedömer, enligt tidigare resultatbeskrivning, att vi i *hög* grad kunnat identifiera vilka patienter som behöver prioriteras och kallas.

-Vi bedömer att vi i *måttlig-hög* grad hittills hunnit kalla de patienter vi prioriterat.

-Vi har nu kommit igång med åtgärder efter pandemin, ex KOL-skola, vilket således i dagsläget får anses som genomfört till *låg-måttlig* grad.

7 Hemblodstrycksmätning.

Vårdcentral	Centrum
Projektbeskrivning	
Hembloodstrycksmätning på VC Centrum Bakgrund: Det finns ett stort behov av att patienter kontrollerar sitt blodtryck när det har visat sig vara förhöjt. Patienter bokas i nuläget in till undersköterska. Egen mätning av blodtrycket i hemmiljö möjliggör för patienten att själv kunna följa sitt blodtryck. Antagande: Patienten får låna hem en blodtrycksmätare med patientbunden manschett från vårdcentralen i en vecka enligt instruktion. Möjligheten förbättras till ett mer rättvisande blodtryck och tillgängligheten ökar hos undersköterskan och därefter till distriktsköterskan. Syfte: Underlätta för patienten att ta sitt blodtryck hemma. Öka tillgängligheten för prioriterade patienter att komma på besök till undersköterska och distriktsköterska. Metod: Köpa in automatiska användarvänliga blodtrycksmätare. Genomföra 200 st hembloodstrycksmätningar. Utforma patientinstruktion, protokoll och lokal rutin. På protokollet ska patienten fylla i upplevelse/användarvänlighet av apparaten och manschetten. Mått: Före införandet av hembloodstrycksmätning: Hur många blodtryck tas i nuläget varje vecka på undersköterskemottagningen? Mätning i 2 veckor före start, Hur många blodtryck tas av patienten i hemmet i genomsnitt varje vecka under projektetiden? Patientens upplevelse/användarvänlighet av egen blodtrycksmätning hemma genom självskattning på en skala 1-5 där 1 är dåligt och 5 utmärkt. Efter införandet av hembloodstrycksmätning: Hur många blodtryck tas i nuläget varje vecka på undersköterskemottagningen? Mätning i 2 veckor.	
Projektredovisning	
Syftet var att underlätta för patienten att ta sitt blodtryck hemma samt öka tillgängligheten för patienter att komma på besök till undersköterska och distriktsköterska. Tillvägagångssätt: Patienterna fick med sig en automatisk blodtrycksmätare samt patientbunden blodtrycksmanschett. Blev instruerad av usk efter ordination av ssk eller läkare. Tog kontrollerna i hemmet. Lämnade tillbaka blodtrycksmätare, sina mätvärden samt patientenkät på en planerad tid. Behöll den patientbundna manschetten. Mått: Före införandet av hembloodstrycksmätning: Hur många blodtryck tas i nuläget varje vecka på undersköterskemottagningen? Mätning i 2 veckor Vecka 10, 17 st, vecka 11, 11 st Efter införandet av hembloodstrycksmätning: Hur många blodtryck tas i nuläget varje vecka på undersköterskemottagningen? Mätning i 2 veckor. Resultat: v.34 11 st v. 35 7 st	

Hur många blodtryck tas av patienten i hemmet i genomsnitt varje vecka under projektiden?
41 personer har lånat hem blodtrycksmätare under april-okt. I genomsnitt har varje person mätt blodtrycket i hemmet 9 gånger varje vecka.

En kommentar från en anhörig till en patient: Smidigt så att mamma slapp gå flera gånger till VC då hon har Kol och blir andfådd.

Utfall/resultat:

Då vi gav patienterna möjlighet att mäta sitt blodtryck hemma gjorde detta att tid frigjordes på undersköterskemottagningen, detta ökade tillgängligheten.

Patientens upplevelse/användarvänlighet av egen blodtrycksmätning hemma genom självskattning. Resultat: genomsnittligt värde 4.

Vi har inte lyckats att lämna ut blodtrycksapparater till så många vi hade tänkt men vi kan se att redan efter 40 utlämnade blodtrycksapparater har vi öka tillgängligheten på usk-mottagningen. När undersköterskorna har mer tid över kan de hjälpa fler patienter, detta ökar tillgängligheten till både undersköterskemottagningen och sjuksköterskemottagningen.

8 Uppföljning av patienter med graviditetsdiabetes

Vårdcentral	Dalbo
Projektbeskrivning	
Bakgrund Ett mindre antal kvinnor, kommer under sin graviditet att debutera med graviditetsdiabetes. Inledningsvis kommer de handläggas inom slutenvården och därefter tas över till primärvården för uppföljning enligt rutin. På vårdcentralen dalbo har tidigare dessa kvinnor träffat diabetessköterska på ett fysiskt besök med genomgång av levnadsvanor samt provtagning. Syfte Att omfördela patienter från diabetessköterska till annan kompetens och uppföljning med videobesök. Metod Från kvartal 2 2022 kommer dessa patienter att kallas för provtagning till undersköterska och mätning av: • Längd • Vikt • Blodtryck Patienten uppmanas därefter att boka in videobesök via webbtidbok, till särskild avsatt sjuksköterska som inte har diabetesmottagning, för återkoppling och genomgång av relevanta frågor och provsvar. Tanken är att utvärdera detta arbetssätt för patienterna genom att med kvantitativ metod mäta: • Tidsåtgång för undersköterska vid provtagning • Följsamhet till kallelse vid provtagning • Följsamhet till uppmaning att boka tid för uppföljande videobesök hos sjuksköterska. Med kvalitativ metod vill vi med två frågeställningar följa upp • Patientens upplevelse av videobesök. • Vilka hälsofrågor vid videobesöket har varit viktiga att få besked om för patienten vid det uppföljande videobesöket. Exklusionkriterier Patienter med tolkbehov och patienter på första besök efter slutenvården kommer inte ingå i utvärderingen. Målet är att minst tio patienter ska omfattas av utvärderingen under perioden april - oktober 2022.	

Projektredovisning

Tillvägagångssätt:

Tanken har varit att kalla och utvärdera tio patienter för uppföljning av sin diabetes som funnits under graviditet men som i dagsläget inte föreligger. Istället för att kallas till fysiskt besök har de erbjudits videobesök till sjuksköterska för genomgång av provsvar och livsstilsfrågor.

I utvärderingen har 8 patienter ingått genomförts enligt beskrivet arbetssätt. Ett bortfall på 2 noteras.

Utfall:

Kvantitativt

- Tidsåtgång för undersköterska vid provtagning ha krävt 20 min, 10 minuter med vila och 10 min för genomförd provtagning
- Följsamhet till kallelse vid provtagning har varit 100 %
- Följsamhet till uppmaning att boka tid för uppföljande videobesök hos sjuksköterska har inte fungerat då kallelser och vårdtjänster varit bristfälliga. Patienterna har därför kallats och bokats in av vårdcentralen. Vissa patienter har inte velat ha videobesök med hänvisning till att det är svårt med teknik.

Kvalitativt

- Patientens upplevelse av videobesök har varit goda på de 8 som är genomförda. Ingen av patienterna tycker det varit dåligt. Citat från patienter är ”riktigt bra med videobesök”, ”jag kan gå undan på jobbet och genomföra besöket”, ”funkar utmärkt att ha det hemifrån, även med barn i närheten”.

Hälsofrågor som patienter tycker är viktiga är:

- Att få reda på provsvar och resultat.
- Oro att få bekräftad diabetes.
- Oro för viktuppgång
- Oro att återinsjukna i diabetes vid ny graviditet har också varit en viktig fråga.

Sammanfattning:

- Videobesök är ett bra sätt att hantera beskriven patientgrupp, yngre patienter är mera bekväma med tekniken.
- Kallelserutin och vårdtjänst behöver både region och enhet förbättra för att få en god följsamhet till att patienter ska boka sig själva. Den har inte funnits på plats under utvärderingen. Tekniken vid besöken har dock fungerat.
- Videobesök är ett bra sätt vid denna sorts besök och som sparar tid för patienten. Även tidsbesparande för personal men tar bort en möjlighet att få en klinisk bild av patienten, i denna grupp spelar det mindre roll.
- Det skapas en teamsamverkan genom att både undersköterska och sjuksköterska deltar i patientens uppföljning.

9 Utvärdering av hälsoeffekter av hälsosamtal och ett submaximalt konditionstest för patienter födda 1967

Vårdcentral	Gränsbygdskliniken
Projektbeskrivning	
Bakgrund: En bra kondition ger ork till fritid och arbete. För varje ml högre syreupptagningsförmåga så minskar risken för hjärt-kärlsjukdom 2.3% och förtida död med 2.6 %. Vårt projekt syftar till att utvärdera ev. hälsoeffekter av hälsosamtal och ett submaximalt konditionstest. Vi tänkte undersöka alla våra patienter födda år 1967, dvs. 55-åringar. Vi avser att genomföra hälsosamtal samt konditionstest och se om detta kan förbättra deltagarnas kondition. Projektet inleds med att alla listade patienter på vår vårdcentral som uppfyller inklusionskriteriet (ålder), erbjuds ett besök hos sjuksköterska. Besöket hos sjuksköterska består av information om projektet samt ett hälsosamtal om hälsoeffekter av och sambandet mellan livsstil och konditionsvärde. Genom ett motiverande samtal samt kostinformation hoppas vi kunna motivera till bättre levnadsvanor. Dessutom genomförs ett konditionstest vid samma tillfälle. Sex månader senare erbjuds samma individer ett nytt konditionstest. Man utvärderar därefter om det initiala konditionstestet och hälsosamtalet har lett till bättre värden hos de utvalda patienterna vid det andra undersökningstillfället. Utvärderingsvariabeln blir konditionsförmåga mätt som syreupptagningsförmåga (mätt som ml/kg/min), hos deltagarna.	
Projektredovisning	
Vi gjorde ett registerutdrag ur Business Objects för att identifiera alla patienter födda 1967, dvs. 55-åringarna. Det blev totalt 27 personer. Vi ringde därefter och informerade dem om projektet och bjöd in dem till att delta. Vi lyckades nå 24 personer via telefon, och av dessa tackade 19 st ja till att delta. Tre personer nådde vi inte via telefon så de bjöds in brevlades. Tyvärr tackade ingen av dem ja till att delta. Samtliga som önskade delta träffade en distriktssköterska, med mångårig vana vid hälsosamtal, under maj månad och fick då ett hälsosamtal samt gjorde ett konditionstest. Den genomsnittliga maximala syreupptagningsförmågan (V02) var då 33,26 % i undersökningsgruppen. Om vi räknar bort de personer som inte kunde genomföra testet igen under hösten, var snittet 32,25%. Vid den första undersökningsrundan upptäcktes en person med förmaksflimmer, två personer med högt blodtryck och en person med dåligt reglerad känd hypertonijsjukdom. Av de 19 personer som initialt inkluderades, och gjorde ett första konditionstest i våras, gjorde 16 personer om testet under oktober/november 2022. Bortfallet (två personer) bestod av en person som flyttat från orten och en person som p.g.a. sitt nyupptäckta förmaksflimmer vid första cyklingen avråddes av sin kardiolog från att	

deltaga. Dessutom hann vi inte med ett konditionstest hos en person, här i höst, innan projekttidens slut, p.g.a. sjukdom hos ansvarig sjuksköterska.

Utfallet:

Många personer var spontant glada och överraskade av att erbjudas att göra testet och deltog med glädje. Att det var kostnadsfritt fick vi ingen upplevelse av att det hade nån avgörande betydelse.

Vidare var det mycket lättare att få personer som vi nådde via telefon, och muntligen informerade, att deltaga. Inga patienter som erbjöds deltagande via brev önskade deltaga.

Maximala syreupptagningsförmågan (mätt som ml/kg/min), med borttagande av de som inte genomförde bägge konditionstesterna inom angiven projekttid, ökade hos alla utom fyra medverkanden. Totalt genomförde 16 personer bägge testerna. Bland dessa var det två som hade samma syreupptagningsförmåga vid andra undersökningstillfället. Två personer hade fått sämre värde under projekttiden. En av dessa hade varit sjuk och den andra var fortfarande den som hade bäst syreupptagningsförmåga i gruppen.

Sammantaget innebar detta att syreupptagningsförmågan i deltagargruppen hade ökat med i snitt 2,87% (från 32,25% till 35,06%), under det halvåret som projektet löpte.

Vetenskapliga studier har visat att risken för hjärt-kärlsjukdom minskar med i genomsnitt 2,3 % och risken för förtida död med 2,6 % för varje ml högre syreupptagningsförmåga man har.

Sammantaget således utmärkta resultat !!!

10 Förbättra LDL-värden hos patienter med Diabetes typ 2

Vårdcentral	Hälsocentralen Falken
Projektbeskrivning	
Bakgrund: Har noterat på diabeteskontrollerna att flera patienter ej är inom referensvärdena för LDL som ska ligga mindre än 2,6. Enligt Medrave finns det 125 stycken patienter med Diabetes Typ 2 på Hälsocentralen Falken. 87 stycken av dessa har blodfettsänkande läkemedel och 38 stycken ingen behandling. Utav de som har behandling har 10 stycken LDL värden över 2,9 och 2 stycken mellan 2,6-2,9. Av de patienter som inte har någon behandling så är det 19 stycken LDL värden som har över 2,9 och 7 stycken 2,6-2,9. Syfte: Minska risker för komplikationer hjärt- och kärlsjukdomar, genom att förbättra LDL värden. Metod: Medrave. Där vi hittar diabetes typ 2 patienter med LDL värden, vi väljer tidsram 210322-220321. Vid diabeteskontroller både hos läkare och diabetessköterska, diskuterar man flera alternativ av blodfettsänkande läkemedel. Läkare utbildar diabetessköterska om de olika alternativen av blodfettsänkande läkemedel som finns, för att diabetessköterska ska kunna informera patienten vid diabeteskontrollerna. Personal informerar patienten om riskerna med höga LDL värden och motivera till livsstilsförändring. Vid åtgärd följs lever och kolesterolprover upp efter 3 månader. Inför diabeteskontroll hos diabetessköterska, träffas diabetessköterska och PAL för att diskutera olika alternativ av behandling. Exklusionskriterier >85 år, pågående allvarlig sjukdom till exempel cancer under behandling och patienter som har hemsjukvård. Vi har exkluderat 7 stycken i gruppen ”ingen behandling” och 1 patient i gruppen ”behandling. Således har vi 11st patienter med lipidsänkande behandling som inte ligger inom rekommenderad referensvärde LDL och 19 stycken patienter som inte har någon lipidsänkande behandling Mål: Förbättrade LDL värden genom att öka behandling med lipidsänkande läkemedel och motivera till livsstilsförändring hos patienter med diabetes typ 2.	

Projektredovisning

Beskrivning: Enligt Medrave i tidsramen 210322-220321 var 38 stycken Diabetes typ 2 patienter inte inom rekommenderad referensvärde LDL. 8 stycken exkluderades ur projektet då de var över 85 år, hade en pågående allvarlig sjukdom till exempel cancer under behandling och patienter som hade hemsjukvård. Patienter som inkluderades i projektet fick information kring riskerna med höga LDL värden, motiverades till livsstilsförändring. Fick erbjudande om att starta med behandling för att minska LDL värden. Efter åtgärd fick patienten återkomma efter 3 månader för ny provtagning av lever och kolesterol. Genom att kunna förbättra LDL värden hos dessa patienter minskar risken för komplikationer hjärt- och kärlsjukdomar.

Svårigheter: Vissa patienter ville inte starta någon behandling. Inte alla patienter som återkom efter 3 månader för uppföljning av prover. Vissa patienter upplevde biverkningar av behandlingen och önskade ingen vidare behandling. Vi har inte hunnit träffa alla patienter under denna perioden. Vissa patienter uteblir från diabeteskontroller. För kort tid för att hinna utvärdera projektet.

Måluppfyllnad: Målet var att Förbättra LDL värden genom att öka behandling med lipidsänkande läkemedel och motivera till livsstilsförändring hos patienter med diabetes typ 2. Behandling av lipidsänkande läkemedel har ökat från 71 till 74 % under denna perioden. Däremot så ser vi ingen större skillnad i LDL målvärde.

Tolkning av resultatet: Mycket svårt att tolka resultatet, på grund av kort observationstid. Vi har träffat en del patienter de sista månaderna och de har inte hunnit kontrollera sina prover. Det finns även de patienter med diabetes som inte har kommit på någon kontroll än, så vi har inte hunnit erbjuda behandling. Vår listning har ändrats mycket under året då vi har fått fler diabetespatienter och de var inte alltid kontrollerade enligt rekommendation. Vi tror också att det finns patienter som under projektet har hunnit fylla 85 år och exkluderades därför.

Förbättringsområden: Vi kommer fortsätta arbeta för att våra patienter har LDL inom referensvärdet för diabetes. Vi har ändrat fokus för diabetesbehandling.

11 Uppföljning av Alendronat-behandling

Vårdcentral	Ingelstad
Projektbeskrivning	
På Vårdcentralen i Ingelstad behandlas finns ett antal patienter som behandlas med T. Alendronat. Behandlingen med T. Alendronat användas för benskörhet och indikationen för läkemedlet är att den minskar risken för kot- och höftfrakturer. Enligt Region Kronobergs riktlinjer bör effekten utvärderas av T. Alendronat efter 3–5 år och utsättning därefter bör övervägas. Risken är att med olika läkare som förskriver läkemedel missas det hur länge patienten har stått på ett läkemedel. Vi vill med detta göra en rutin så att ansvarig läkare som förskriver läkemedlet uppmärksammas på när läkemedlet ska utvärderas och patienten följas upp på rätt sätt. Målet med projektet är att gå igenom antal patienter och hur länge de har stått på T. Alendronat. För att få fram dessa uppgifter ska vi använda oss av Medrave. När vi har fått fram antal patienter ska vi skapa en rutin som fungerar och används så att patienterna följs upp på bästa sätt och att inte uppföljningen missas. Det ska även vara lätt för läkarna att veta när och hur uppföljningen ska ske. Genom Medrave tar vi fram aktuell lista på vilka patienter som står på T Alendronat. Därefter så kommer sjuksköterskor som har hand om osteoporosmottagningen att gå igenom listan och ”flagga” till läkare angående de patienter som har stått på Alendronat mer än 5 år. De kommer även att boka in dessa patienter för läkemedelsgenomgång. För övriga patienter kommer en plan att läggas upp och de kommer att läggas in på väntelistan så att de inte missas. Rutinen som kommer att skapas ska möjliggöra att en plan läggs upp från början. i slutet av oktober kommer sjuksköterskor som har hand om osteoporosmottagningen att gå igenom listan på nytt för att se att alla patienter som nu har haft läkemedlet i mer än 5 år har fått en läkemedelsgenomgång.	
Projektredovisning	
När pilotprojektet började så gick två sjuksköterskor igenom en lista som vi hade dragit ut i Medrave på vilka patienter som stod på T Alendronat. Vi sorterade dessa patienter på vilken läkare som hade förskrivit läkemedlet. Totalt hade vi 47 patienter som stod på behandlingen. Sjuksköterskorna gick igenom listan för att se vilka som fortfarande stod på Alendronat och vilket år de hade börjat med behandlingen. Varje läkare fick sin egen lista med de patienter som var aktuella. På listan så hade man noterat årtalen som patienterna hade startat med behandlingen. Man tittade då extra på de patienter som hade haft behandling mer än fem år. Totalt var det elva patienter. För att underlätta för läkarna så tittade man på vilka patienter som stod på väntelista för planerad läkartid och där skrev man in en notering i bokningsunderlaget om ”ställningstagande till fortsatt behandling med Alendronat”. Då pilotprojektet startade i april i år så har inte alla patienter hunnit träffa en läkare under året. Vissa av patienterna hade redan innan april månad fått en receptförnyelse av läkemedlet och några hade även tidigt under året träffat en läkare för sedvanlig årskontroll. Dessa patienter har inte blivit kallade under året på nytt utan dessa patienter kommer att bli kallade i början av 2023.	

Sjuksköterskorna har också återigen gått igenom listan för att se hur många patienter som inte har en tid bokad eller har hunnit träffa läkare än i år. Dessa patienter kommer att kallas i början av nästa år.

I dagsläget så har 6 patienter träffat läkare efter mars månad.

1 patient har avslutat behandlingen

3 patienter står nu på behandling med Prolia

2 pat har tid bokad den närmaste månaden

5 pat kommer att kallas efter nyår.

Då vi nu har tagit fram listor på patienter som står på Alendronat så kommer vi att fortsätta följa dessa patienter och nästa år tänker vi att de patienter som blev insatta på behandlingen 2017 kommer följas upp avseende läkemedlet. Vi kommer fortsätta att följa antalet patienter som står på Alendronat via Medrave för att inte tappa nya patienter som listar sig hos oss. Vi är medvetna om att vi måste titta extra på nylistade patienter eftersom det inte är vi som har förskrivit läkemedlet från början.

12 Implementering av artrosprocessen på vårdcentralen Kungshögen

Vårdcentral	Kungshögen
Projektbeskrivning	
Artros är den vanligaste ledsjukdomen i Sverige och förekomst av sjukdomen beräknas öka de kommande åren då befolkningen blir äldre, har ett högre BMI och är mer stillasittande än tidigare. Utifrån registreringar i BOA-registret (kvalitetsregister artros) vet vi att vi att patienter med artros inte får rätt omhändertagande i primärvården. Korrekt vård ska ges enligt Socialstyrelsens riktlinjer följa en behandlingspyramid där patientutbildning (artrosskola), träning och viktminskning är grunden. Nästa nivå är smärtlindring, hjälpmedel och/eller individuell fysioterapi. I toppen av pyramiden finns kirurgi. Socialstyrelsen rekommenderar att diagnosen ställs med anamnes och klinisk undersökning och att röntgen endast ska göras i oklara fall. Man kan ha artros i många år utan att det syns på röntgen, och tvärtom kan man ha stora förändringar på röntgen utan att ha symtom. Patienter som får intervention via artrosskola (och därmed registreras i BOA-registret) är i alldeles för stor utsträckning röntgade. 2019 var 77 % vårdcentralens patienter röntgade innan de gick i artrosskola. Måltal i BOA-registret är 50-70 %. Medelåldern 2019 hos de som deltog i artrosskola var 66 år, medan måltalet ligger på 58 år. Endast 23 % har vid 3-månadersuppföljning slutat med ledrelaterade läkemedel, medan måltalet ligger på minst 30 %. Vi kan dra slutsatsen att våra patienter får fysioterapeutisk intervention för sent och att vi behöver implementera artrosprocessen så som den är tänkt att fungera. Under pandemin har inga fysiska artrosskolor genomförts. Genom detta kvalitetsarbete sätter vi igång artrosskolan i Ljungby igen, och utökar tillgängligheten i grupperna genom att ha löpande intag istället för fasta start och stopp. Målet med vårt kvalitetsarbete är att • öka kunskapsnivån om artros hos personalen, men även hos våra patienter genom utbildning av personalen och väntrumsinformation till patienter • ställa klinisk diagnos tidigare då kunskapen hos personalen ökar genom projektet • öka antalet patienter som genomgår artrosskola och därmed registreras i BOA-registret • förändra upplägget av artrosskolan så att patienter inte behöver stå på väntelista, utan att vi har patientskolor igång kontinuerligt • minska antalet patienter som röntgas innan de genomgår artrosskola • sänka medelåldern hos dem som genomgår artrosskolan Utvärdering sker genom att följa resultat i BOA-registret.	

Projektredovisning

Kvalitetsarbetet inleddes i april med att samtlig personal på Vc Kungshögen, Vc Sländan och Vc Lagan fick en genomgång av den nya riktlinjen för höftartros. I samband med detta lyftes också att vi startar ett kvalitetsarbete kring artros och rutinen gicks igenom. Vi tryckte på vikten av att patient i första hand triageras till fysioterapeut vid misstänkt artros för klinisk diagnostisering utan röntgen. Målsättningen var även att sänka medelåldern för diagnos och intervention samt öka antalet deltagare i artrosskola. För att klara detta utbildade vi personal och informerade patienter i våra patientkontakter om vårt arbetssätt. Vi repeterade rutinen för personal på Kungshögen senare i maj för att påminna om nya rutinen.

Den fysiska artrosskolan startades den 2 maj. Vi har haft öppna grupper där patienter startar valfri vecka efter kontakt med fysioterapeut och tränar 2 ggr/v i 6 veckor samt deltar i ett par föreläsningar om artros. Tidigare har vi haft slutna grupper som startat 3 gånger per år, men vi ville öka tillgängligheten och minska väntetiderna till träning, vilket har upplevts som mycket positivt då patienterna kommer igång snabbt med sin träning. Vissa patienter valde digital artrosskola med träning hemma eller på annat gym istället. Patienter har erbjudits att delta i BOA-registret och med några undantag så har patienterna samtyckt till att delta. För att få bättre ifyllnadsgrad vid 3-månadersuppföljning så fick vår rehabassistent uppdrag att hålla koll på när det var dags för uppföljning, och påminna fysioterapeuten att kalla patienten och fylla i registrets olika delar.

Under perioden 220502-221116 har 42 patienter deltagit i fysisk eller digital artrosskola jämfört med 34 patienter under hela 2019. 27 personer har skrivits in i BOA-registret i år. Då uppföljning görs 3 månader efter första mötet med fysioterapeut, så har endast 9 patienter hunnit delta i uppföljningen.

Vid genomgång av statistik från BOA-registret kan vi se att de flesta mätetal inte skiljer sig från tidigare år. Det som utmärker sig dock är att andelen patienter som förbättrat sin skattade hälsa vid uppföljning, mätt med EQ5D, ökat från 20 % till 50 %. Glädjande nog har andelen röntgade patienter för första gången minskat. Tidigare år har 77-84 % varit röntgade vid första besök hos fysioterapeut. Bland våra deltagare i projektet har 69 % röntgats. Vi kan inte se någon minskning i medelålder bland våra deltagare jämfört med tidigare år.

Vi fortsätter med vår nya rutin och repeterar den än en gång på vc i samband med avslut av kvalitetsarbetet.

13 Fysisk aktivitet vid Parkinsons sjukdom

Vårdcentral	Lagan
Projektbeskrivning	
Under höstterminen 2022 kommer vi att starta upp träning för Parkinsonpatienter, grad 1-2, som diagnostiserats under pandemin och inte fått någon fysioterapeutisk intervention. Målet är att öka patienternas autonomi genom att träna balans, gångförmåga, förflyttningsförmåga och minska deras rädsla att falla. Patienterna identifieras via Medrave. I dialog med behandlande läkare erbjuds patienten att delta i interventionen. I projektet exkluderas patienter med svår samsjuklighet, kognitiv eller psykisk svikt. Mål: Att stödja patienten i dennes egenvård, minska inaktivitet och rädsla att röra sig eller falla. Vidare att positivt påverka patientens fysiska aktivitet, gång- och balansförmåga, funktionell rörlighet i vardagen samt fallfrekvens. Genomförande: Interventionen kommer att utformas som en kombinationsträning bestående av gång- och balansträning, förflyttningsträning, styrke- och konditionsträning. Interventionen planeras pågå i 12 veckor. Vi kommer att träna med patienterna på klinik i gymnastiksal, en gång per vecka, 45 – 60 minuter per tillfälle. Övningarna är anpassade så att patienterna kan träna på egen hand i hemmet vilket de uppmanas göra två gånger per vecka under nämnda 12 veckor. Utvärdering: Före och efter interventionen så kommer vi mäta fysik aktivitet/förmåga, gång- och förflyttningsförmåga, balans och rädsla att falla med tester och frågeformulär som är validerade för svenska förhållanden för patienter med Parkinsons.	

Projektredovisning

Tillvägagångssätt

Deltagare: 9 personer, medelålder 77 år (SD = 6), 7 män och 2 kvinnor.

Ledare: Elisabeth Nilsson (rehab assistent) Ullrika Dahlberg och Per Borgström (fysioterapeuter).

Cykling inledde och avslutade vart pass. Vi har tränat styrka för nedre och övre extremitet samt gång- och balansträning, gått hinderbana och lekt med boll. Eftersom vi var tre stycken ledare så kunde vi individanpassa progressionen i träningen. Vart pass 45–60 minuter. Vi startade 17/10 och utvärderingen påbörjades 14/11. Fram till dess hann vi med 8 träningstillfällen plus att patienterna hemma tränat styrka nedre extremitet och gått promenad 30 minuter en gång i veckan. En inställd träning 28/10 pga. utbildning. Vi kom igång senare än önskat pga. semestrar, studier och hög arbetsbelastning. Vi har därför 6 träningstillfällen kvar räknat från 14/11–2022 med avslut 16/12–2022.

Tabell 1 – närvaro fördelat på deltagare

Närvaro antal	Antal personer
8 av 8 gånger	1
7 av 8 gånger	2
6 av 8 gånger	2
5 av 8 gånger	1 (återbud eller avbrutit träningspasset)
4 av 8 gånger	2 (Start 4/11 resp. 31/10 + 1 återbud)
3 av 8 gånger	1 (blivit sjuk)

Endast deltagare som närvarat 6 eller fler gånger har tagits med i analysen av utfall, se tabell 1 ovan.

Utfall

Vi gjorde 4 tester vid baslinjen som upprepades vid uppföljningen: Timed up and go (TUG) avser att mäta balans och rörlighet, Chair stand test avser att mäta muskulär styrka och uthållighet i nedre extremitet, Funktionellt Balanstest för Geriatriska patienter (FBG) avser att mäta balans i fyra olika vardagliga förflytningsmoment och 6 minuters gångtest (6MGT) avser att mäta aerob funktionell kapacitet. Har deltagarna blivit bättre?

Samtliga tester innehåller 2 beroende grupper, data är på ordinal- eller kvotnivå och antalet deltagare är lite (n=5). Vi valde därför Wilcoxon signed rank test. SPSS användes för att analysera och förmedla resultaten, som sammanfattas nedan med en kort kommentar efter varje

bild.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig. ^{a,b}	Decision
1	The median of differences between TUG_test_före and TUG_test_after equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,043	Reject the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

Avser TUG. Att Förförkasta nollhypotesen innebär att det finns goda skäl att påstå att deltagarna har bättre balans och rörlighet efter interventionen än de hade före interventionen.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig. ^{a,b}	Decision
1	The median of differences between Chair_stand_test_före and Chair_stand_test_after equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,273	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

Avser chair stand test. Att acceptera nollhypotesen innebär att det INTE finns goda skäl att påstå att det finns en skillnad mellan före och efter.

Test Statistics^a

	FBG_after - FBG_före
Z	-1,761 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,078

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Avser FBG. Även här får vi acceptera nollhypotesen, att det INTE finns en skillnad mellan före och efter interventionen, då $0,078 > 0,05$.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig. ^{a,b}	Decision
1	The median of differences between Sex_min_gångtest_före and Sex_min_gångtest_after equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,080	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

Avser 6MGT. Vi tvingas acceptera nollhypotesen, att det INTE finns en skillnad mellan före och efter; $0,08 > 0,05$.

Att 3 av de 4 testerna inte är signifikanta på 5%-nivå utesluter inte att deltagarna blivit bättre, vilket kunnat observeras. Testerna säger såklart inget om deltagarnas upplevelse av interventionen, där i samtal framkommit en ökad tilltro till den egna förmågan och att träningen i grupp har varit kul. Vår bedömning är att interventionen är värd att upprepas.

14 Vikten av vikten

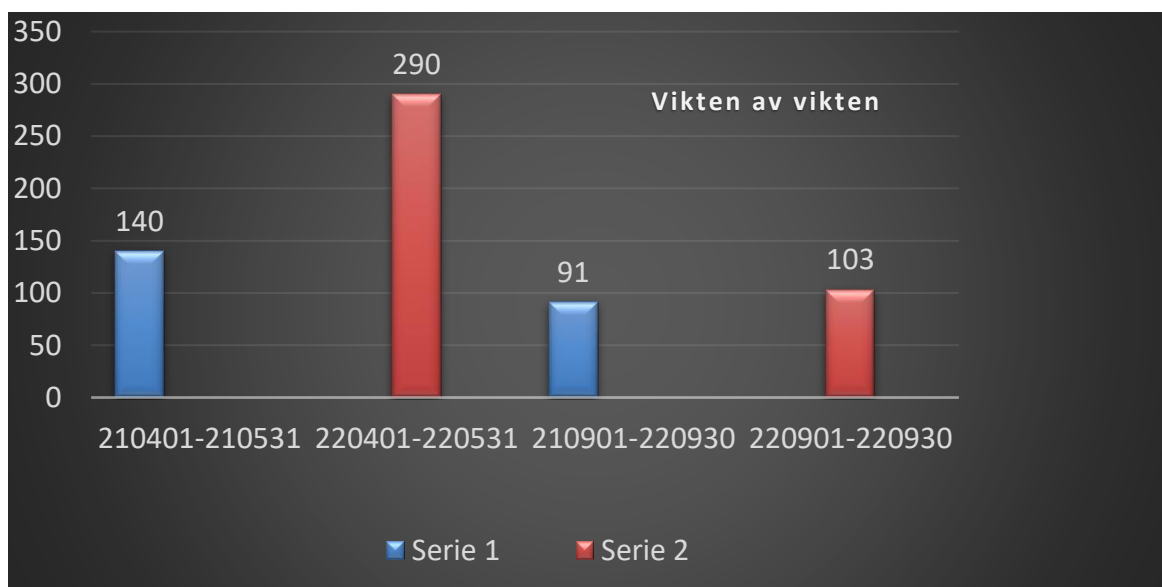
Vårdcentral	Lammhult
Projektbeskrivning	
Kroppsvikt - Bakgrund Att registrera kroppsvikt tillför medicinskt värde bland annat eftersom det ger information om patientens nutritionsstatus, kostvanor och BMI (som kan vara en riskfaktor för sjukdom både vid låga och höga värden). Det är också av värde att ha ett ursprungligt värde registrerat på vikten i samband med att patienter söker med akuta sökorsaker då viktning eller -uppgång kan tyda på olika typer av patologi, exempelvis hjärtsvikt eller malignitet. På vårdcentralen Lammhult har vi tidigare haft för avsikt att registrera vikt i samband med årskontroller men det har skett i varierande omfattning. - Syftet Att öka antalet registrerade vikter i samband med besök på vårdcentralen. - Målet Ökat antal registrerade vikter via undersköterska på lab under en given tidsperiod jämfört med föregående år. - Metod Rutinmässig registrering av vikt erbjuds i samband med venös blodprovstagning på vårdcentralen om det inte redan finns en vikt under de senaste 10 månaderna. Registrerade kroppsvikter mäts under perioder april – maj och september i Medrave och jämförs med samma period under föregående år	
Projektredovisning	
Utförande och resultat av vår patientnära medicinska kvalitetsutveckling. Vi har lagt till vikt i den rutin vi har för vilka prover som ska vara med i provtagningsunderlaget när patienten ska komma på årskontroll etc. Men hela arbetsgruppen har också varit extra noggranna med att föra in vikt vid andra patientbesök, främst på specialmottagningarna hos distriktsköterskorna. På grund av att vi ändrat våra rutiner när vi kallar patienterna så ser vi en positiv ökning av antal registrerade vikter. Att inte ökningen är så stor i september beror på att det varit färre läkare så vi har inte haft så många planerade besök.	

Arbets sättet att kontrollera vikten vid besök är nu väl inarbetat i arbetsgruppen.

Det medicinska värdet av att ha en ursprunglig vikt registrerad i närtid. Resultaten kommer vi i större utsträckning se framåt när vi följer patienterna då vikten kan vara en riskfaktor både låg vikt och hög vikt.

Resultatet av registrerade kroppsvikter under perioder april – maj och september i Medrave och jämförs med samma period under föregående år.

- 2021-04-01 till 2021-05-31 140 stycken viktkontroller varav 123 individer
- 2021-09-01 till 2021-09-30 91 stycken viktkontroller varav 84 individer
- 2022-04-01 till 2022-05-31 290 stycken viktkontroller varav 218 individer
- 2022-09-01 till 2022-09-30 103 stycken viktkontroller varav 95 individer



15 Förändring i telefonarbetet, TeleQ till MBRT (Medicinsk, Bedömning, Rådgivning, Tidsbokning)

Vårdcentral	Läkarhuset i Ljungby
Projektbeskrivning	
Problemområde: Läkartidsbokning, recept och sjukskrivning uppfattas av vissa delar av befolkningen som en beställningsvara. Åtgärd: • Marknadsföra telefon-arbetet i Tele-Q till enheten för Medicinsk Bedömning, Rådgivning och Tidsbokning, (MBRT). • Tv i receptionen (Micke) • Via 1177 hemsida (Agneta) och Läkarhusets hemsida (Mari) • Reportage Smälänningen (Mari, alla som kan med) • Alla som vill boka tid i receptionen läggs i MBRT som vi i dagligt tal benämner rådgivningen Marknadsföra via telefon: Välkomna till Läkarhusets enhet för medicinsk bedömning/ rådgivning och tidsbokning. Du får 3 val; vid val 1 och 2 kommer du att samtala med en erfaren distriktssköterska. 1. Medicinskbedömning, rådgivning eller tidsbokning, 2. Recept, 3 återbud Alternativ på engelska ska finnas (Monica läser in engelska meddelandet) Syfte för patienten: Öka tillgängligheten. (Via 1177 kan redan befolkningen välja att boka, omboka eller avboka vårdcentralens tider förutom till läkare). Förbättra kontinuitet och trygghet. Förbereda ”Nära vård”. Syfte för personal: Förbättra arbetsmiljön Höja status på arbetet i Tele-q Konkurrera ut ”Nätläkarna” Slimma RAK-processen Process: Avlyssna personens ärende. Välja lämplig åtgärd. Videolänk vid möjlighet för visning av problemet / avläsning allmäntillstånd. Vid tillåtelse, hel journalgenomgång. Kontakt med andra vårdinstanser för helhet i hens vård. Önskat resultat: Hjälp via egenvård genom råd och information	

Vid bokning, rätt resurs direkt. Besöket bokas på sättet som passar hen (distans/ på plats/ hembesök).

Patienten blir självständig och trygg i sin egenvård, vilket minskar behovet av nätläkare eller att söka på jourtid.

Utveckling av telefoniarbetet och förbättra arbetsmiljön.

Utvärdering: Personal och patientenkät vecka 39 angående kontakten i MBRT.

Bilaga 1

Personal:

Enkät vecka 39 angående upplevelse att jobba i TeleQ / i enheten för Medicinsk Bedömning, Rådgivning och Tidsbokning (MBRT). Ringa in ditt svar.

A. Har du fått frågor angående funktionen av enheten MBRT från de som ringer?

1. Ja, om ja positivt eller negativt (stryk under)
2. Nej
3. Oförändrat

B. Är din upplevelse att du känner dig mer eller mindre ifrågasatt när du försöker bilda dig en uppfattning av personens vårdbehov?

1. mer sen MBRT
2. mindre sen MBRT
3. Oförändrat

C. Har trycket på bokning till Läkare ändrats sen MBRT enligt dig?

1. Mer bokning till läkare
2. Mindre bokning till läkare
3. Oförändrad bokning

D. Har MBRT påverkat din arbetsmiljö i någon riktning?

1. Ja bättre nu
2. Ja sämre nu
3. Oförändrat

E. Någon positiv skillnad i jämförelse av arbetssätt TeleQ/ MBRT som du upplever?

1. Ja
2. Nej

F. Egna funderingar.....

Sammanfattning av personalenkäten som senarelades till vecka 41 pga. sjukdom:

Av de fyra ssk/dsk som var involverade i projektet, svarade tre av dessa att de inte kände sig mindre ifrågasatta, att projektet inte hade påverkat arbetsmiljön i någon riktning eller att det fanns någon positiv skillnad i arbetssättet mellan TeleQ och MBRT, medan den fjärde tyckte tvärtom. Alla svarade att det inte hade påverkat bokningen till läkare och ingen hade fått frågor angående funktionen av MBRT.

En fundering från den som lämnat andra svar än de övriga tre var att det kändes bra att vara mindre ifrågasatt.

Bilaga 2

Patientenkät: Vecka 39 delas ut till alla patienter vid anmälan i receptionen som ringt för sin tidsbokning

Sen några månader tillbaka har vi på Läkarhuset försökt anpassa vår telefoningång via 0372-15580 till att bättre passa dina behov. I presentationen av enheten meddelades du att en erfaren distrikt/sköterska hjälper dig med medicinsk bedömning, rådgivning och vid behov tidsbokning. Vår ambition en klar bild över vad du får kan förvänta dig för kompetens och hjälp direkt när du ringer.

A. Hade det någon betydelse för dig att du visste vilken yrkeskompetens som bemötte dig i ditt sjukvårdärendet vid telefonkontakten?

1. Ja
2. Nej
3. Vet inte

B. Hade det betydelse för dig i din upplevelse av samtalet att du skulle få en medicinsk bedömning av ditt ärende och utifrån den en rådgivning eller tidsbokning

1. Ja
2. Nej
3. Vet inte

C. Kändes det tryggt för dig att det var en erfaren distrikt/sjuksköterska som gjorde din medicinska bedömning?

1. Ja

2. Nej
3. Vet inte

D. Är det något du vill berätta som du tycker skulle förbättra vårdcentralen
Läkarhuset?

Svar:

Sammanfattning av patientenkäten som senarelades till vecka 42 pga. sjukdom.

Enkäten låg vid kassan och patienterna som ringt om sin tid uppmanades att fylla i den.

Det var 14 som svarade på fråga A-C, fyra som svarade på alla frågor och en som endast svarade på fråga D.

För 15 hade de betydelse att de visste att det var en erfaren ssk/dsk de pratade med, två svarade nej och en visste inte. För 16 hade det betydelse att de visste att de skulle få en medicinsk bedömning och utifrån den rådgivning eller tidsbokning. För två hade det ingen betydelse. Att det var tryggt att en erfaren ssk/dsk gjorde bedömningen ansåg 15 personer, två tyckte inte detta och en visste inte.

De önskningar som inkom på hur vi skulle förbättra vården var att: en önskade bättre tillgänglighet, en hade inte förtroende för en personal, en tyckte inte att en personal skulle vara i telefon, en berättade om att det kunde vara olika hur telefonsamtalet blev beroende på vem hen pratade med och en berättade om att hen bara hade bra erfarenheter efter de 3-4 året hen varit listad och ville vi skulle fortsätta likadant.

Projektrevisning

Under maj omarbetades telefonarbetet i teleg till MBRT (Medicinsk, Bedömning, Rådgivning, Tidsbokning), vilket är beskrivningen av arbetet. I välkomstmeddelandet sas att personen som ringer kommer att få en medicinsk bedömning, rådgivning eller tidsbokning av en erfaren sjuksköterska eller distriktsköterska. Personalen som ringde upp patienten presenterade sig med både vårdcentral, namn och yrke.

Under vecka 41 svarade de fyra berörda sköterskorna, tre tyckte inte de märkt någon förändring alls under projektperioden medan en sköterska tyckte att hon blivit mindre ifrågasatt när hon bedömde vårdbehov och tyckte att det hade påverkat hennes arbetsmiljö positivt.

Vecka 42 erbjöds de patienter som hade bokat sina tider via MBRT att fylla i en utvärderingsenkät, 19 enkäter var helt eller delvis i fyllda. Sammanfattningsvis belyste 75-80% av svaren att det hade betydelse att veta vilken yrkeskompetens som ringde upp, att hen fick en medicinsk bedömning av ärendet och därifrån rådgivning eller tidsbokning samt att det var tryggt att veta att den medicinska bedömningen gjordes av denna yrkesgrupp. Sista frågan gav utrymme för egna förslag för att förbättra vården på Läkarhuset. Det var fem svar där det framkom önskemål att öka tillgänglighet, ris och ros åt de som arbetade i MBRT och på vårdcentralen samt att vården är bra och att den bör fortsätta på samma sätt.

Planeringen

Eftersom patientbedömning var positiv och inget i personalbedömning tyder på ett tyngre arbetssätt kommer arbetssättet att permanentas. Utvecklingsprocessen under projektiden har varit att vi har uppdaterat vårt arbetssätt till mer sköterskebaserat eftersom vi har utökat denna personalgrupp. Vi använder mer digitala besök redan i MBRT där vissa patienter får hjälp direkt. Patienter som hamnat i vårdcirkusen hjälper vi genom att med hens godkännande titta på hela vårbilden och kontakta den som är ansvarig vårdgivare vilket minskar onödiga besök och oro för patienten. RAK-modellen har använts för utveckling av arbetet med årliga kontroller, infektionsmottagning och intyg och bokas nu när det är medicinskt möjligt på sköterskor. Läkarnas möjlighet till administration har ökat i takt med att sköterskorna tar fler patienter. Processen har bidragit till fortsatt god vård med förkortad handläggningstid samt ökad tillgänglighet för patienten.

16 Samverkan mellan barnhälsovård och socialtjänst

Vårdcentral	Markaryds BVC
Projektbeskrivning	
Bakgrund: Vi vill öka samverkan mellan barnhälsovård och socialtjänst. Barnhälsovården erbjuder hembesök till alla nyfödda och 8-månaders barn. Genom samverkan med socialtjänsten kan vi se familjerna ur olika aspekter/perspektiv utifrån våra professioner. Detta gynnar både barn och föräldrar. På en familjecentralen finns kompetens i nära samverkan lätt tillgänglig och man kan snabbt nå varandra. Syfte: Syfte med samverkan är att utveckla samarbetet med socialtjänsten och barnhälsovården och att kunna ge kommunens familjer en bred och tidig insats och på så sätt få tryggare föräldrar och stärka föräldrarollen. Hembesöket gör det möjligt att få en inblick i barnets miljö och levnadsförhållande. Mål: Att hitta de familjer med störst behov av stöd och insatser och kunna erbjuda rätt hjälp. Metod: Erbjuda hembesök till alla som får sitt första barn i kommunen när barnet är nyfött och vid 8 månader. Presentera "Barnets bästa hjulet" för föräldrarna och informera om vår samverkan med andra aktörer i framtiden. Uppföljning av projektet: Vid 10 månader kommer vi att göra en uppföljning med anonyma enkäter.	

Projektredovisning

Vi har sen 20220114 gjort gemensamma hembesök tillsammans med familjehandlare.

Vi har erbjudit hembesök till alla som fått sitt första barn till någon av föräldrarna i kommunen. Det första hembesöket är när barnet är nyfött och det andra besöket när barnet är 8 månader. De besöken ingår även i BVC:s nationella program.

Vi haft 20 familjer som har varit aktuella för hembesök fram till den 17 november 2022. Utav den 20 har vi besökt 16 familjen tillsammans. Orsaken till att det är fyra familjer som ej får något gemensamt besök är logistikproblem. Vid de tillfällena har endast BVC gjort hembesök.

Vi har haft fyra familjer som tillhör en annan kommun, och de har ej kunnat erbjudas gemensamt hembesök.

Vid hembesöket har vi inom barnhälsovården gjort arbetsuppgifter som vi har ansvar för enligt det nationella programmet. Familjehandlare har gett information om sin verksamhet och vad de kan erbjuda för stöd. De har också lyft diskussioner om jämställdhet, föräldraledighet, öppen förskola, nätverk och anknytning.

Tolk har använts vid behov.

Vi har hunnit att göra 5 stycken 8 månaders besök gemensamt. En familj tackade nej.

Vi har börjat med vår uppföljning och har lämnat ut två enkäter. Detta gör vi när barnet är 10 månader.

Några reflexioner:

Vid ett par tillfällen har familjehandlare kunnat informera om särskilt stöd och gruppverksamhet för äldre barn vars föräldrar är separerade. De har också varit behjälpliga om de har haft svårt att ansöka om "faderskap".

Vi upplever att vi etablerat en bra kontakt med föräldrarna vid besöken och vi har sett flera som har gjort besök på öppen förskola. Det är också bra att vara två olika personer med olika kompetens vid hembesöken.

En svårighet är att få ihop logistiken mellan två olika verksamheter. Det blir särskilt påtagligt när vi nu har både de som är nyfödda och uppföljning med 8 månaders besök.

Veronica Fyhrlund och Liselott Lindow

Barnhälsovården

Markaryd

17 Akupunkturbehandling vid spänningshuvudvärk

Vårdcentral	Praktikertjänst i Ljungby
Projektbeskrivning	
Smålandshälsan Akupunkturbehandling vid spänningshuvudvärk. Spänningshuvudvärk är den vanligaste formen av huvudvärk. Den tros kunna uppstå på grund av spända muskler. Men värken kan också orsakas av stress, oro och sömnbrist. Som behandling i komplement till analgetika föreslås ofta: Träning, massage, TENS, akupunktur, KBT, avslappningsövningar. Vi kommer att erbjuda patienter med återkommande (minst 3 månader) spänningshuvudvärk 10 behandlingar med akupunktur. Patienten kommer att skatta sin upplevda huvudvärk innan behandlingsstart, efter 5 tillfällen och efter 10 tillfällen. Skulle huvudvärken helt försvinna under behandlingsseriens gång kommer vi inte fortsätta alla 10 gångerna utan göra ett tidigare avslut för att sedan följa upp igen. Uvärdering: VAS samt frågeformulär. Definition spänningshuvudvärk: Minst 2 av följande kriterier uppfyllda. (International headache society 1988) • Bilateral huvudvärk • Pressande eller tryckande känsla • Lätt till måttlig intensitet • Inte förvärras av lätt till måttlig fysisk aktivitet För att utesluta annan bakomliggande sjukdom som orsak till huvudvärken kommer patienterna att genomgå läkarundersökning innan behandlingsstart.	
Projektredovisning	
Sjukgymnastiken på Ljungby vårdcentral Praktikertjänst, har under en 6 månaders period haft extra fokus på patienter med långvarig (>3 månaders anamnes) spänningshuvudvärk. 6 patienter har genomgått behandling och utvärderats med VAS samt frågeformulär (före/efter behandling). Patienterna rekryterades till projektet antingen direkt via sjukgymnastiken eller efter läkarbedömning. I de fall de sökte direkt till sjukgymnast har de även genomgått läkarundersökning. Vi använde oss av följande följande inklusionskriterium för spänningshuvudvärk:	

Definition spänningshuvudvärk: Minst 2 av följande kriterier uppfylla. (International headache society 1988)

- Bilateral huvudvärk
- Pressande eller tryckande känsla
- Lätt till måttlig intensitet
- Inte förvärras av lätt till måttlig fysisk aktivitet

Sex patienter har under perioden behandlats för vad som har bedömts som spänningshuvudvärk. Två patienter har fått alla 10 behandlingar (1 gång/vecka.) där det ena av dem är tydligt förbättrad medan den andra upplever behandlingen positivt men utan att man kunnat se långtidseffekter.

Två patienter avbröt behandlingen efter fem tillfällen med bra resultat.

Två patienter avbröt behandling efter fem tillfällen utan effekt/utan att ange orsak.

Se tabell nedan.

Vi har upptäckt att symtomen varierat över tid och i många fall varit diffusa. Flera patienter som stämmer in på ovanstående kriterier för spänningshuvudvärk har också migränliknanden inslag av intermittent-huvudvärk med ljus-/ljudkänslighet utan att ha fått diagnosen migrän. Det har därför i vissa fall varit svårt att särskilja vad som har varit vad i sjukdomsbilden.

	VAS före	VAS efter	Antal behandlingstillfällen
Patient 1	8	4	10
Patient 2	5	5	10
Patient 3	5	0	5
Patient 4	6	2	5
Patient 5	6	6	5
Patient 6	8	-	5

Förutom huvudvärk har patienterna haft varierande symtombild. Flera har haft nacksmärta i kombination med huvudvärken. Flera av patienterna har även stress- och utmattningssymtom sedan längre tid tillbaka.

Underlaget är såklart alldeles för litet för att kunna dra några slutsatser men vår iakttagelse är att patienter med huvudvärk och nacksmärta har bättre effekt av akupunktur, jämfört med patienter med stress och spänningshuvudvärk.

18 Utvärdering av den digitala vårdtjänsten Doctrin

Vårdcentral	Prima vård Söder
Projektbeskrivning	
MÅL Vi vill öka tillgängligheten för våra patienter och effektiviteten kring produktiviteten. Vi vill minska antalet telefonsamtal in via TeleQ och istället erbjuda patienter ett väl utvecklat digitalt och snabbare spår. Vi vill ge personalen en ökad möjlighet för konsultation med kollegor. Kontakt och triagering förväntas bli mer genomtänkt, trygg och mer effektiv. Alla professionerna kommer på sikt att involveras och schemaläggas i arbetet med Doctrin. Vi vill göra det mer möjligt för våra många unga patienter att välja vårt egna digitala spår istället för som idag ex Kry, Dr 24 osv. Vi ser Doctrins plattform som en stor och nödvändig konkurrensfördel. Dessutom ligger det i tiden med Regionens pågående arbete kring God och nära vård där digitalisering ses som en viktig framgångsfaktor. Samt en förväntad digital utveckling som Prima vård (våra nya ägare) ställer på oss. ARBETSSÄTT Arbetet startade i januari med att en projektgrupp tillsattes. Projektgruppen består av personal i professionerna undersköterska, distriktssköterskor, BVC-sköterska, läkare, sjukgymnast, medicinska sekreterare och KBT-terapeut. Vi har haft ett uppstartsmöte tillsammans med Doctrins utvecklare. Inför uppstartsmötet har vi tagit del av andra vårdcentralers erfarenhet kring arbetet. Vi har intervjuat och tagit del av dessa vårdcentralers implementeringsråd till oss. Inledningsvis är det viktigt att avsätta tydlig och schemalagd tid för personal som ska börja arbeta i plattformen. Det är också viktigt att snabbt få upp volymerna i plattformen. Till exempel genom att skicka ut sms via TeleQ, via hemsida, 1177 och övriga kanaler • För att avlasta andra vägar in • För att kunna lära sig arbetssättet och bli effektiv i arbetet • För att få till en schemaläggning som fungerar Det behöver vara tydligt för personalen vem man kan vända sig till vid frågor och problem, IT-ansvarig och Doctrinsupport – dessa är, av oss redan utsedda och kända. Mätning och utfall Vi kommer jämföra antal handlagda samtal in till TeleQ samt avdrag/kostnader för ”köpt vård” /månad under 2021 mot samma månader 2022.	

Implementeringsplanen ser ut som följer:

220125 – Introduktion till projektgruppen till Doctrin och plattformen

220323 – Uppstartsmöte med detaljerad genomgång av plattformen (video och utbildningsmaterial), genomgång av konfigurationsmöjligheter och mallar. Förslag på mallar och patientflöden. Efterarbete (bestämma frasmallar)

220330 – Avstämning kring rutiner och arbetssätt samt tekniska plattformskonfigurationer

220408 - Utbildning – Användarträning – Genomgång av plattformen och inlogg i demomiljön för samtliga användare.

220411 - Därefter kontinuerlig uppföljning och utvärdering av hur det går och göra eventuella justeringar.

UTVÄRDERING

Utvärdering sker regelbundet varje månad tillsammans med projektgruppen. Då har vi främst resonerat och hittat lösningar för läkarfunktionen (Dr Glad).

Mycket diskussion har handlat om hur vi ska kontaktregistrera för att få ersättning för denna funktion. Detta ligger tyvärr utanför vår kontroll.

Vi har också lagt mycket tid på att lägga in rätt egenvårdsråd via länkar till ex 1177 vilket syftar till att förenkla för patient.

- Ett viktigt mål har varit att minska avdrag för digitala besök. MEN här ser vi absolut ingen minskning alls.
- Då Regionen inte heller har beslutat sig för någon ersättning för Digifysisk vård så ses det som svårt att motivera oss för att fortsätta med detta arbetssätt
- Patientnöjdheten är ett viktigt mål, se excelfilen
- Vi ser ingen större minskning av 1177-ärendena
- Samarbetet mellan professionerna har ökat och upplevelsen är positiv
- Möjligen ses det som mindre positivt att detta (hittills) är ytterligare en väg in.

Projektredovisning**Tillvägagångssätt:**

Från start har vi provat och utvärderat olika schemaläggningar för främst sköterskor och läkare.

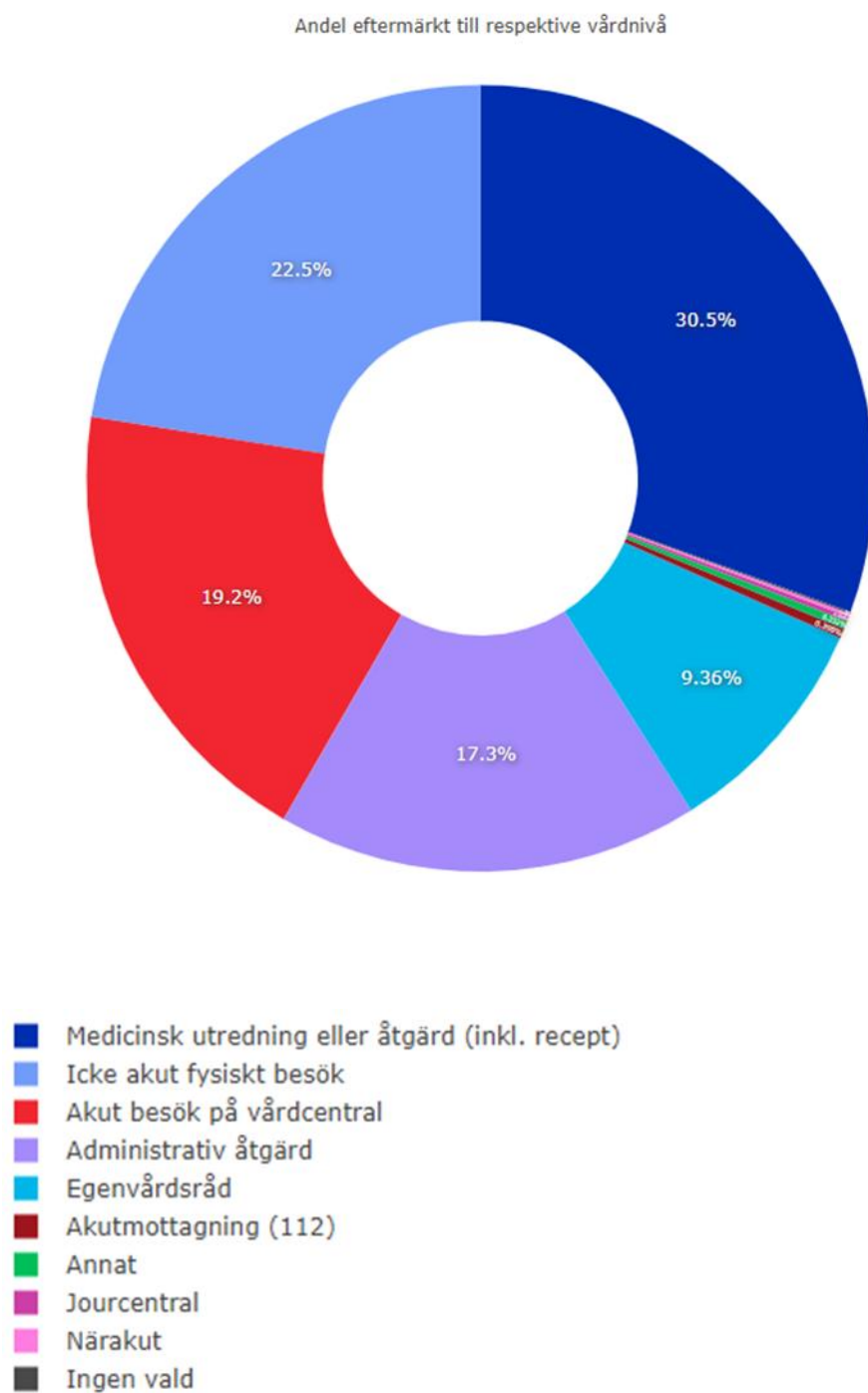
En sköterska 8-15 och en läkare 8-17 per dag. Sköterskor hanterar flest ärenden och har bjudit in läkare för gemensam chatt vid behov tillsammans med patient. Viss överlämning av ärenden sker till övriga professioner. Alla recept går direkt till läkare. Vissa ärenden direkt-styrs beroende på sökorsak, till KBT och sjukgymnast.

Genomsnittligt antal ärenden/dag är ca 14. Flest ärenden ligger alltid på måndagar och dalar i slutet av veckan. Målet är att svara på ärenden inom 30 min vilket vi till störst andel lyckas med.

Patientutvärderingen visar på stor nöjdhet, se excelfilen

Utfall:

Här nedan ses vad de olika ärenden i Doctrin resulterat i.



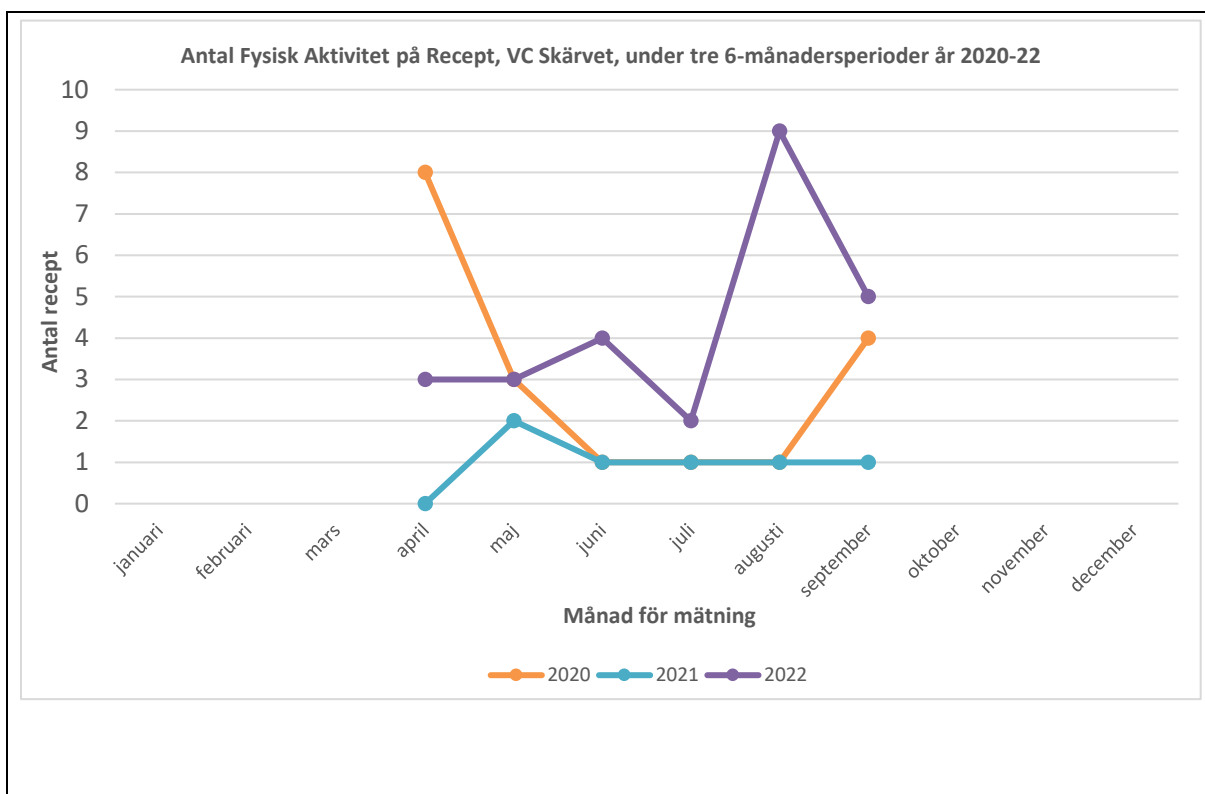
19 Patientnära teamarbete kring patienter med misstänkt neuropsykiatrisk problematik på VC.

Vårdcentral	Rottne
Projektbeskrivning	
Kvalitetsarbete för att erbjuda personcentrerad vård; etablera tillfälliga vårdteam kring patient, pröva teamets möjlighet och behov för att kommunicera som team inom professionerna och med patient som teammedlem. Projektet utgår från integrerad primärvård, att det finns hälsovinster i snabb tillgång till adekvata resurser, än på lång sikt, tillgång till perfekta resurser. I nuläget erhåller patient med misstänkt ADHD/ADD bedömning hos flera yrkesgrupper inom primärvården inkl tidiga insatser. Därefter beslut om remiss och pat hamnar i kö. Dock behövs tid för att kunna utvärdera dessa tidiga insatser. Vid beslut om remiss riskerar kontinuiteten brytas och hela vårdprocessen kan stanna av. Personer med subtröskelproblematik kan falla mellan stolarna om frågan är remiss eller inte snarare än funktionsbaserad bedömning. Vi vill öva att skapa ett personcentrerat vårdteam som uppstår av de som träffar pat. DSK blir fast vårdkontakt och samordnare av teamet, läkare blir fast läkarkontakt och patientansvarig, arbetsterapeut, psykosocial resurs ingår i teamet. Därefter teamavstämning där det är lämpligt att om möjligt integrera teammedlem från habiliteringen digitalt för expertis och i teamet beslut om vidare åtgärder. Projektet utvärderas från patientperspektivet med semistrukturerad telefonintervju med MLA efter intermediär teamkonferens, från personalperspektivet i fokusgrupper vid APT i slutet av oktober för rapportsammanställning genom MLA.	
Projektredovisning	
Vi har provat att skapa personcentrerade vårdteam utifrån ovan beskrivning. I projektet har vi i två fall sett nyttan av att konferera i team kring patientprocessen som i vårt fall har varit patienter som söker med önskemål om NP-utredning eller där vårdgivaren initierat NP-utredning. Tyvärr har vi i inget av dessa fall kunnat samlats i ett och samma möte runt patienten utan kommunikation har skett via messenger. I båda fall där vi lyckades kommunicera kring och med en patient emellan läkare, psykosocial resurs och arbetsterapeut. Vi kunde i båda fallen sen avsluta utredningen med de insatser som teamet kunde sätta igång och utvärdera summan av. Möjligen är det alltså inte mötet i sig som gjort att vi kunnat avsluta på primärvårdsnivå utan att vi faktiskt i och med projektets struktur kunde stanna upp och utvärdera arbetet, våra egna insatser och teammedlemmarnas liksom resultatet. Lärdomar är likt projektet i Braås att vi saknar ett forum för teamarbete i primärvård. Vi saknar kontaktytor för kommunikation. Vi saknar vana av att arbeta i den typen av konstellationer. I en stressad vardag har vi inte kunnat hitta mötestider som passar. Olika tidböcker i olika organisationer (vårdcentralens och primärvårdsrehab) har gjort det tekniskt svårt att se när en träff hade varit möjlig. Inte ens när vi kopplade in administratör i projektet kunde vi mer än en gång hitta en gemensam mötestid. Den gången uteblev pat. Dessa lärdomar är viktiga i hur vi jobbar vidare med möjligheten till teamarbete på VC.	

Från patientperspektivet har två intervjuer gjorts. De avspeglar dock inte teamträffen, som alltså inte blev av utan snarare hur de upplevt att träffa olika professioner på vårdcentralen, en annan form av teamarbete. Patienterna upplevde dock att processen var sammanhängande och anpassad utifrån deras behov och sökorsak.

20 Kan vi öka antalet Fysisk aktivitet på recept?

Vårdcentral	Skärvet																																
Projektbeskrivning																																	
Medarbetarna på Skärvet inte är särskilt flitiga på att ordinera fysisk aktivitet på recept (FaR). Vårt kvalitetsarbete syftar därför till att öka medvetenheten hos personalen och till att skapa nya, bättre vanor för sådan ordination. Vid sidan om ren information och utbildning på APT planerar vi för att sätta upp dokumenthållare i genomskinlig plast på varje mottagningsrum, där vi placerar pappersark med FaR. Förhoppningen är att dessa väl synliga pappersark ska bli en ständig påminnelse om möjligheten till FaR och underlätta ordination. Mätning och uppföljning kommer att ske i applikationen Regionkollen. Månaderna som ingår i projektet kommer att jämföras med motsvarande perioder de två föregående åren (Regionkollen har begränsad historisk data).																																	
Projektredovisning																																	
Vi försökte få vår personal att skriva fler FaR-recept genom information och utbildning på ett APT samt genom att sätta upp dokumenthållare i genomskinlig plast på varje mottagningsrum med pappersark med FaR. Förhoppningen var att dessa väl synliga pappersark skulle bli en ständig påminnelse om möjligheten till FaR och underlätta ordination (s.k. ”nudging”). Mätning och uppföljning skedde i appen Regionkollen, genom att antalet recept för månaderna april-september jämfördes med de två föregående åren:																																	
<table><tr><th></th><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th></tr><tr><td>april</td><td>8</td><td>0</td><td>3</td></tr><tr><td>maj</td><td>3</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>juni</td><td>1</td><td>1</td><td>4</td></tr><tr><td>juli</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>augusti</td><td>1</td><td>1</td><td>9</td></tr><tr><td>september</td><td>4</td><td>1</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td>18</td><td>6</td><td>26</td></tr></table>			2020	2021	2022	april	8	0	3	maj	3	2	3	juni	1	1	4	juli	1	1	2	augusti	1	1	9	september	4	1	5		18	6	26
	2020	2021	2022																														
april	8	0	3																														
maj	3	2	3																														
juni	1	1	4																														
juli	1	1	2																														
augusti	1	1	9																														
september	4	1	5																														
	18	6	26																														
Grafisk presentation följer på nästa sida.																																	
Vi såg en positiv skillnad mellan 2022 och 2021, men jämfört med perioden 2020 var det inte lika tydligt att vi förbättrades. Rent statistiskt kunde man inte säkerställa att resultaten mellan de tre åren förklarades av annat än slumpen ($p = 0,10$). Det kan även finnas en pandemieffekt som hållit tillbaka vårdsökande under 2021 men som nu börjat normaliseras. Vi kommer att behålla våra dokumenthållare inne på rummen och följa upp användningen av FaR framöver för att se om vi kan hålla i den positiva effekten. Antalet FaR är fortfarande lågt i våra ögon och vi siktar betydligt högre.																																	



21 Framtagande av lokal rutin för diabeteskontroller

Vårdcentral	Sländan
Projektbeskrivning	
Vi vill identifiera välreglerade diabetespatienter typ II och utarbeta en lokal rutin för att optimera våra vårdresurser till de som har störst medicinskt behov i denna patientgrupp. Idag ska alla patienter med diabetes typ II följas årligen, enligt nationella riktlinjer, med ett besök till diabetessköterska och ett besök till läkare. Då samsjukligheten i patientgruppen är stor är detta relevant i många fall, men en betydande andel av patienterna har kontinuerligt välreglerat blodsocker och har ingen betydande samsjuklighet. De vårdresurser som avsätts för dessa patienter står ej i paritet med deras medicinska behov. Då primärvårdens resurser på sikt inte kommer att öka och våra patienter blir allt äldre befinner vi oss i en situation där vi måste prioritera de mest sjuka utifrån deras vårdbehov hårdare än vad nationella riktlinjer föreskriver. Det handlar om att tydligare utgå från individen och utveckla en nära hälso- och sjukvård genom en stärkt primärvård och flexibla lösningar för de med störst medicinskt behov Mål: Inventera vårdbehovet i patientgruppen och identifiera de patienter som är ”välreglerade”, dvs utifrån medicinska vårdbehovet, och glesa ut deras årliga besök till vartannat årliga besök för att våra resurser ska räcka till våra mest sjuka patienter. ST-läkare och diabetessköterska kommer att genomföra förbättringen. Metod: 1 Via Medrave identifiera patienter med god glukoskontroll ($HbA1c < 52$) och njursvikt ($GFR < 60$) samt selektera avsaknad av samsjuklighet i form av hjärtsjukdom, eller genomgången stroke/TIA, osäkert om vi kan det via Medrave och om inte så krävs det handpåläggning. 2 Journalgranskning planeras av de fram filtrerade patienterna för att avgöra om någon annan prioriterad indikation för årliga läkarkontroller föreligger. 3 Ta fram en lokal riktlinje för uppföljning av de identifierade diabetespatienterna med kontinuerligt välreglerat blodsocker och ingen betydande samsjuklighet. 4 Mäta/följa antalet patienter som faller inom ramen för lokala rutinen uppföljning diabetes typ II ”välreglerade och jämföra antalet med hur det var innan vi påbörjade projektet.	
Projektredovisning	
Via Medrave identifierade vi 505 listade patienter med registrerad diagnos diabetes mellitus typ II. Efter exkludering av patienter med samsjuklighet i form av stroke, TIA, ischemiska hjärtsjukdomar kvarstod 482 patienter. Data på senaste värden av $HbA1c$ och GFR togs fram. I Excel exkluderades patienter med $GFR < 60$, liksom de med $HbA1c > 51$. Någon enstaka patient visade sig ha diabetes mellitus typ I och var alltså felregistrerad och ströks av den anledningen. Efter denna filtrering återstod 201 patienter. Journalen granskades för de patienter som var födda 1948 eller senare (fyller 75 i år), totalt 153 patienter. Journalgranskningen syftade till att identifiera patienter som kallats på årliga kontroller och där ingen annan hälsofaktor motiverade läkarkontakten.	

Sammanlagt 49 patienter med helt välreglerad diabetes har kallats på årliga läkarkontroller utan någon annan anledning än att de har fått diagnosen diabetes mellitus typ II. Ytterligare något tiotal patienter tycks kallas till läkare med glesare, oregelbundna intervall. Utöver detta finns det en grupp patienter, som redan sköts i enlighet med vår föreslagna rutin, samt slutligen en grupp där årliga kontroller fortsatt är motiverat pga annan samsjuklighet eller andra svårigheter. För de sistnämnda två grupperna kommer införandet av den nya rutinen inte innebära någon förändring.

Baserat på inklusions- och exklusionskriterierna ovan, samt på erfarenheterna från den beskrivna journalgranskningen har en lokal rutin föreslagits. Denna skall ge diabetessjuksköterska (och läkare) beslutsstöd för att avstå årliga läkarkontroller för patienter med diabetes mellitus typ II.

Rutinen kommer att implementeras 1 jan 2023, och utvärderas hösten 2023. En tänkbar framtida utveckling kan vara att avstå från rutinmässiga läkarkontroller för en utökad del av diabetikerna, och istället finner andra former för att säkra vårdkvaliteten, tex genom ökat och mer strukturerat läkarstöd till diabetessjuksköterska som fortsätter träffa patienterna.

Lokal rutin:

Enligt gängse rutiner erbjuds diabetiker besök hos oss två gånger per år, med 6-månadsintervaller varannan gång till diabetessköterska och varannan gång till läkare.

Hos patienter som uppfyller följande kriterier kan läkarbesöket ersättas av provtagning (samma paket som normalt tas inför läkarbesök) med svar till ansvarig sköterska:

Ålder <75 år

GFR >59

HbA1c <52 (stabilt)

Frånvaro av hjärt-kärlsjukdomar (Stroke, TIA, hjärtinfarkt, angina pectoris och motsvarande).
Undantag från denna rutin får göras om sköterska tycker det är motiverat, t ex annan samsjuklighet, särskilda behov etc.

22 Link/SIP arbete i samverkan med kommunen

Vårdcentral	Tingsryd/Ryd
Projektbeskrivning	
Bakgrund: Vi har mångsökande patienter som vid kontakt med vårdcentralen kommer till olika läkare och pratar med olika sjuksköterskor. Trots upprepade kontakter med vården åtgärdas enbart det man söker för. När patienter är inneliggande på sjukhuset och finns i LINK, består Vårdcentralernas del i arbetet med LINK enbart av att ange ett namn som fast vårdkontakt, detta utan större betydelse för varken patienten eller vården. Mål: Använda våra resurser mer effektivt, multisjuka/mångsökande patienter ska ha en kontakt in i vården, fast vårdkontakt, samt en individuell plan som påbörjas i en SIP. Detta genom att mångsökare/multisjuka äldre ska erbjudas en fast vårdkontakt, som är patientens kontakt in i vården, denne stödjer och vägleder patienten i alla vårdkontakter över vårdgivargränser. Vårdcentralens professioner ska aktivt medverka i arbetet i LINK, delge information, ta ställning till SIP samt vara delaktig i planeringen vid utskrivning. Allt arbete sker med patienten i fokus. Planering: En arbetsgrupp bestående av distriktssköterskor, läkare och avd-chef (andra aktörer kan bli aktuella under arbetes gång). Gruppen kommer att arbeta med: • Identifiera rutiner för SIP och ta fram vilka patienter som kan vara aktuella för SIP • Ta fram nulägesbeskrivning av vårdcentralen arbetet i LINK, samt se över vilka rutiner vi har för arbetet med LINK, samt arbeta fram förbättringsförslag för att vårdcentralens professioner ska ha ökad delaktighet • Ta fram antal SIP som initierats av vårdcentralen under en månad (mars-22) • Arbeta fram förslag på vad begreppet ”fast vårdkontakt” innebär. Ange antal patienter som har fast vårdkontakt under mars-22 • Identifiera mångsökare till vårdcentralen, Metod: Arbetsgruppen kommer träffas kontinuerligt med början i april. Arbetet leds och följs upp av verksamhetschef. Arbetet dokumenteras i PGSA-hjul. Uppföljning av arbetet sker i nov 2022 då vi jämför med läget i mars 2022 i följande punkter: • Ta fram en ny nulägesbeskrivning av vårdcentralens arbete i LINK (har vi från vårdcentralens sida hittat förbättrade rutiner och en större delaktighet i arbete med LINK?) Detta görs genom granskning av vårdkedjor i LINK • Ange antal SIP som initierats av vårdcentralen under en månad (okt-22). Har antalet av dessa SIP:ar ökat jämfört med mars-22? • Ange antal patienter som har fast vårdkontakt och där en kommunikation finns mellan patienten och den fasta vårdkontakten (okt-22). Har antalet ökat jämfört med mars - 22? Görs genom journalgranskning • Ange antalet vårdkedjor i LINK där vårdcentralen aktivt medverkat (under okt-22), jämfört med mars-22.	

Projektredovisning

Läget mars-22 Se Bakgrund

Det finns ingen arbetsstruktur kring SIP, sjuksköterskor vet inte hur, när eller varför man ska kalla till SIP. Rutin kring SIP i regionen för primärvård och rehab finns daterad 2019 men inte känd på enheterna.

Under våren har arbetsgruppen träffar där vi planerat arbetet, initialt initierar vi patienter som kontaktar vårdcentralen frekvent. Vi bjuder in oss till LINK utbildning som hålls med kommunens professioner i omsorgsförvaltningen för att lära om processen kring Link och SIP.

Kontaktvägar skapades mellan chefer primärvård, MAS samt chef för hemsjukvården och arbetsstruktur inför hösten arbetas fram. Under sommaren har cheferna veckomöten för att delge varandra läget i kommunen samt på Vårdcentraler för att samverka och skapa förståelse under en ansträngd period. Under våra samtal kom även gemensamma patienter upp och vi gav oss uppdraget att identifiera patient som kunde vara en kandidat för SIP. Sjuksköterskor i TeleQ tar fram de patienter som söker vårdcentralen ofta och där det finns behov av samordning kring patienten.

I medrave finns 103 mångsökare i Tingsryd, 13 patienter i Ryd, detta i juni-21

Läget okt-22

Från sept-22 har primärvårdens Linksköterskor Skype-möte med Biståndshandläggare, LINK-samordnare och representant från Rehab i kommunen veckomöte (15min för Ryd och 30 min för Tingsryd) då man går igenom LINK gemensamt samt tar upp patienter som kan ha behov av SIP. Link-sköterskor på vårdcentralen har utbildats i SIP processen, det finns en träff inbokad då hela personalstyrkan på vårdcentralen Tingsryd går igenom LINK/SIP processen för att kunna delta på SIP. Planeringstid införs för LINK-sköterskor på vårdcentralen för att få förutsättningar att hålla i SIP processen.

På veckomöten kommer patienter upp som inte finns i LINK men som har behov av samordning, i vissa fall så omfattande så en det finns behov av SIP men i flera fall behov av samordning mellan vårdgivarna som sker utan SIP. Vissa patienter delger vi varandra för ett proaktivt arbetssätt.

Fast vårdkontakt

I de fall Link ärendet leder till en SIP utses en fast vårdkontakt som arbetar enl uppdraget fast vårdkontakt, i övrigt sätts Link sköt sitt namn som fast vårdkontakt enl tidigare modell.

Det går inte att i systemen få fram hur många som är fast vårdkontakt enl arbetssättet och där det bara är satt ett namn.

I Medrave finns i nov-22 102 mångsökare i Tingsryd, 31 mångsökare i Ryd

Antalet vårdkedjor i Link där vi aktivt arbetat uppskattas till 15-20 ärenden sammanlagt i Tingsryd och Ryd, där någon samverkande insats har gjorts, ink de patienter som inge ger sitt medgivande till SIP.

Vårdcentral	Antal SIP mars-22	Antal SIP okt-22	Antal SIP som är under planering nov-22
Tingsryd	0	2 (varav 1 dokumenterad i CC)	2
Ryd	0	1	1

23 Hand till hand överlämnande psykisk ohälsa

Vårdcentral	Växjöhälsan
Projektbeskrivning	
Vi arbetar ständigt med att underlätta flödet i vården samt att sträva efter en hög tillgänglighet för våra patienter. Vi ser en positiv effekt av att inte skjuta patientbesök på framtiden och i möjligaste mån undvika väntelistor. Patienter som hamnat i kris eller lever med psykisk ohälsa är ofta i behov av struktur och planering. En läkare, sköterska, undersköterska eller receptionist blir ibland första kontakten med patienter som mår dåligt. Det kan vara en nyuppkommen situation eller ett sedan tidigare känt mående som är eller håller på att förvärras. Även vid ej akut fas kan behovet av snabb uppföljning och vidare bedömning av psykolog eller Hälso- och sjukvårds kurator vara av stor vikt för att fånga upp patienten och snabbt komma fram till en plan, både på kort och lång tid. Tanken är då att patienten som är på plats ska kunna erbjudas en första samtalskontakt innan hen lämnar vårdcentralen. Psykolog och Hälso- och sjukvårdskurator har nyligen gjort en förändring kring bokningsrutiner och bokningsbara tider som medför en hög tillgänglighet som öppnar för att kunna ta emot patienter i direkt anslutning till annat besök. Patienten: Den sökande får direkt en personlig kontakt med psykolog eller kurator och lämnar vårdcentralen med ett ansikte på vederbörande och en tid på uppföljande samtal. Patienten behöver inte känna oro över uppföljning eller lägga energi på att återigen kontakta vårdcentralen för att boka tid. Inga patienter riskerar att hamna ”mellan stolarna” då det sker ett direktöverlämnande. Ett led i utvecklingen mot Nära vård. Personal: Antalet samtal minskar i TeleQ och överlämnande vårdpersonal kan känna sig trygg med att patienten får snabb och relevant vård. En plan upprättas i tidigt skede och dokumenteras i Cosmic. Detta underlättar vid kontakt med övrig vård. Personalens arbetsmiljö blir till de bättre med tydliga rutiner och snabbt uppfångade patienter där RAK-arbetet främjas. Uppföljning och utvärdering: Berörda patienter som får kontakt med psykolog eller kurator får en kort enkät med frågor gällande överlämnandet och har möjlighet att lämna synpunkter. Statistik förs av psykolog och kurator över hur många patienter som kommer till dom genom direkt överlämnande från annan yrkeskategori. Ovanstående sker löpande.	

Under september 2022 kommer övriga medarbetare på vårdcentralen få fylla i en enkät där synpunkter kring denna process kan framföras och därefter sker en utvärdering.

Projektreddovisning

Innan arbetet startade gjordes en arbetsbeskrivning tillsammans med Hälso- och sjukvårdskurator, psykolog och verksamhetschef. Beskrivningen granskades och godkändes av MLA. I arbetsbeskrivningen framgick syftet med arbetet, tillvägagångssättet samt hur uppföljning skulle genomföras. All personal informerades vid ett personalmöte några veckor innan start.

Under perioden har 6 patienter erbjudits direktöverlämning till kurator.

Alla 6 har blivit erbjudna att på en enkel enkät svara på frågan ”Hur upplever du det var att personligen hälsa på vår Hälso-och sjukvårdskurator idag i direkt anslutning till ditt besök?”

Svaret gavs via en skala från 1 (”Hade ingen betydelse”) till 5 (”Hade mycket stor betydelse”) där alla ringade in siffran 5.

I månadsskiftet september/oktober fick personalen svara på en enkät med ett antal frågor. Det visade sig att de i första hand är läkare som fångat upp patienterna och använt sig av tillvägagångssättet. Även från dom var detta uteslutande positivt och något man gärna fortsatte med. Personal som inte har haft möjlighet att testa arbetssättet framhåller via enkäten att det är en metod dom tror på och positiv respons har lämnats muntligt från patienter i receptionen.