

Sammanställning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling 2018

23 vårdcentraler har redovisat godkända kvalitetsarbeten för 2018 och de presenteras här i oidentifierad form.

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 muntligt och skriftligt relaterat till den ursprungliga beskrivningen..

Om du vill komma i kontakt med någon av de vårdcentraler som gjort dessa arbeten för att få inspiration eller utbyta erfarenheter och idéer kan du kontakta Roland Olofsson-Dolk på AMK, roland.olofsson-dolk@kronoberg.se

För att underlätta erfarenhetsutbyte mellan vårdcentralerna kommer dessa arbeten från och med 2019 att presenteras med respektive vårdcentrals namn och kontaktperson.

Sammanställningen av de skriftliga redovisningarna för 2018 innehåller följande ämnesområden

1. CVD-risk vid diabetes
2. Deprimerade patienter 75 år och äldre
3. Mycoplasma genitalium vid UVI
4. Samarbete med jourläkarcentralen Ljungby
5. Antibiotikaföreskrivning vid UVI
6. Hjärtsviktsbehandling
7. HbA1c
8. Blodtryck vid diabetes
9. Spirometri och tobak
10. HbA1c
11. Aktualisering av uppmärksamhetssignal
12. Sårömläggningar
13. Cortisoninjektioner av fysioterapeut
14. Artrosskola
15. Antibiotikaföreskrivning
16. Rökslutarstöd
17. HbA1c
18. Läkemedelsgenomgångar
19. Blodtryck vid diabetes
20. Sårvård
21. Drop-in lättakut
22. Hälsosamtal hos distriktssköterska
23. Sjukskrivningssamtal med psykosocial resurs

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	1
Rubrik:	CVD-risk vid diabetes
De patienter som har diagnosen diabetes typ 2 och vissa riskfaktor kan inom en 5 års period drabbas av olika kardiovaskulärsjukdom, tex hjärtinfarkt eller stroke. Dessa är det extra viktigt att följa mer noga och prioriteras att komma till läkare. 42 % av de listade med diagnos diabetes typ 2 finns det inte fullständiga värden för att kunna beräkna denna 5 års risk. Syftet blir då att se till att vi har så fullständiga värden som det går för att sen kunna följa de patienterna mer noggrant.	
Projektredovisning:	
De patienter som har diagnosen diabetes typ 2 och vissa riskfaktor kan inom en 5 års period drabbas av olika kardiovaskulärsjukdom, tex hjärtinfarkt eller stroke. Dessa är det extra viktigt att följa mer noga och prioriteras att komma till läkare. När vi kontrollerade dessa patienter i medrave så upptäckte vi att 42 % av de listade med diagnos diabetes typ 2 finns det inte fullständiga värden för att kunna beräkna denna 5 års risk. Syftet blir då att se till att vi har så fullständiga värden som det går för att sen kunna följa de patienterna mer noggrant. När vi tittade 180601 så hade fortfarande 43 % av patienterna ofullständiga värden. Närmare granskning upptäcktes att det är mikroalbumin värdet som är det största felande länken. Det är morgonurin som måste analyseras och patienten glömmer ofta ta med prov eller att det inte är morgonurin som tas med. Blir då ett felvärde. Diabetessköterskan är nu mer noggrann och begär in urinprov om patienten inte lämnat detta. Påtalar också vikten för detta för patienten. Vid ny granskning så har 39 % ofullständiga värden.	

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	2
Rubrik:	Deprimerade patienter 75 år och äldre
Frågeställning: Kan medicineringen minska för patienter >75 år med depressionsdiagnos samtidigt som måendet förbättras med hjälp av fast vårdkontakt, fysisk aktivitet, ökad kunskap kring sömn samt stöd för ökad social aktivitet. VC nr 2 har enligt Medrave 23 patienter över 75 år med depressionsdiagnos. 22 av dem står på ett eller flera psykiatriska läkemedel. Flera av läkemedlen ökar fallrisken. SBU gjorde 2015 en litteraturöversikt och konstaterade att äldre med depressionssymtom inte tycks svara på antidepressiv medicinering. Undantag är de som tidigare svarat på behandling, underhållsbehandling kan då förhindra återinsjuknande. Samtliga patienter har träffat läkare senaste året, 8 av patienterna har varit på besök hos dsk och 1 patient har träffat psykolog/psykosocial resurs på VC nr 2. VC nr 2 kommer under projektet erbjuda dessa patienter en fast vårdkontakt, en dsk. Patienten kommer med hänsyn till psykisk och fysisk status erbjudas gruppbesök med fysisk aktivitet. Det kommer också att erbjudas sömnföreläsning samt hjälp med att komma i kontakt med olika sociala aktiviteter i samhället. Behandlande läkare gör en enkel läkemedelsgenomgång. Fast vårdkontakt utvärderar eventuella medicinjusteringar. Med hjälp av självskattningsskala <i>Hälsoenkät PHQ4</i> mäts patientens oro- och nedstämdhetsproblematik i början och slutet av projektet. Patienter på särskilt boende exkluderas då de sedan tidigare har fördjupade läkemedelsgenomgångar samt omvårdnadsansvarig sjuksköterska på boendet.	
Projektredovisning:	Av 23 patienter med depressionsdiagnos exkluderas 11 då de bor på särskilt boende. 1 patient har flyttat och 3 patienter tackade nej. 8 patienter ingår således i projektet. Fast vårdkontakt har tilldelats 7 av patienterna. 1 patient har tät kontakt med hemsjukvården. Gruppbesök med fysisk aktivitet i vårdcentralens regi har erbjudits alla som bedömts ha de förutsättningar som krävs. 3 av patienterna har deltagit. Sömnföreläsning av psykolog har erbjudits alla som bedömts kunna ta del av innehållet, ingen deltog. Äldremottagning har alla 8 besökt en eller flera gånger under projektiden. Där ingår bland annat hjälp med sociala kontakter i samhället. Enkel läkemedelsgenomgång finns på något sätt dokumenterad hos 5 av patienterna.

Antidepressiv l-m behandling kvarstår hos 6 av patienterna medan 2 avslutat behandling.

PHQ4 upplevdes tidigt i projektet som svårarbetat och frångicks. Istället har GDS används. Ingen utvärdering kring det.

Slutsats av projektet: Gruppen patienter 75 år och äldre med depression behöver hjälp med att finna motivation till olika insatser, vilket kräver tid och förtroende. Fast vårdkontakt bidrar till detta. Läkemedelsgenomgång utfördes på de flesta men dokumenterades olika. Därmed finns risk för att det missas. Gällande förskrivning av antidepressiva skedde ingen signifikant förändring.

Tankar framåt: Fortsätta att utveckla fast vårdkontakt. Dokumentera enkel läkemedelsgenomgång enhetligt. I första hand ge icke-farmakologisk behandling vid lätt till medelsvår depression då patienterna inte haft depression tidigare i livet. Svårare att sätta ut behandling än att inte påbörja behandling.

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	3
Rubrik:	Mycoplasma genitalium vid UVI
• <u>Nuläge</u>: Fördröjd diagnos på grund av felaktigt fokus. Vår upplevelse är att vissa kvinnor får söka primärvården flera gånger gällande diffusa besvär från underlivet. Det kan röra sig om trängningar, smärta, klåda och flytningar. I nuläget är det mest fokus på cystit, svamp eller klamydia. Det senaste halvåret har det skett en ökning av positiva svar på Mycoplasma genitalium. • <u>Åtgärd</u>: Ta prov på Mycoplasma genitalium tidigare i förloppet än vad som gjorts innan. • <u>Utfall</u>: Kan ändrade rutiner gällande provtagning för Mycoplasma genitalium leda till att fler patienter får adekvat behandling fortare?	

Projektredovisning:**Tillvägagångssätt:**

Under perioden 2017-11-06—2018-10-22 togs prov för *Mycoplasma genitalium* på tretton kvinnliga patienter på vårdcentral. Provtagningen utfördes under det inbokade besöket av patienterna själva. Dessa patienter hade besvär med återkommande svamp i underlivet, sveda, illaluktande flytningar och trängningar. Valet att ta prov för *Mycoplasma genitalium* på dessa patienter grundades på att de hade diffusa symtom och oklara symtom för cystit eller klamydia. Flera av dessa patienter hade tidigare genomgått behandling för svamp i underlivet. De hade också nyligen testat sig negativa för klamydia.

Utfall:

Utav dessa tretton stycken kvinnliga patienter som testades för *Mycoplasma genitalium* påvisades en vara positiv. Utfallet visade att provtagning för *Mycoplasma genitalium* tidigt i förloppet gav inte så stort utfall av positiva provtagningssvar. Utfallet blev istället att utesluta *Mycoplasma genitalium*, klamydia och cystit. Fokus kvarstod nu på patientens symtom och utifrån dessa planera den fortsatta vården och behandlingen. Klientelet på består av unga vuxna som är väl insatta i sjukdomar och symtom. Ofta upplevde de patienter som testades för *Mycoplasma genitalium* att de blev bemötta på ett bra professionellt sätt och att deras besvär togs på allvar.

Det som var positivt i utfallet av projektet var att antalet fall av *Mycoplasma genitalium* var färre än vad som förutspåddes.

Vårdcentral nr	4
Rubrik:	Vårdcentralens samarbete med jourläkarcentralen Ljungby.
<i>Patientnära medicinsk kvalitetsutveckling avseende</i> <u>Bakgrunden</u> Enligt statistik 2017 ligger VC nr 4 sämst i västra Kronoberg avseende sökande på JLC, 136 besök per 1000 listade (lägst 52 besök per 1000 listade). <u>Mål</u> Minska antalet sökande så att alla ska få vård på rätt nivå samt om möjligt avlasta akutverksamheten. <u>Frågeställningar</u> Vilka diagnoser söker VC nr 4s patienter för? Vilka faktorer kan påverka patienternas val för att söka JLC på kvällen istället för under vårdcentralens öppettider? I vilken utsträckning får patienterna rätt triagering med tanke på JLCs grunduppdrag? I vilken utsträckning får patienterna rätta beslut avseende utredning och handläggning med tanke på JLCs grunduppdrag? Vilka föreslagna åtgärder tycker vi behöver vidtas för att åstadkomma mer medicinsk och ekonomisk effektivitet i samarbetet mellan vårdcentralen och JLC? <u>Metoder</u> Analys av jourverksamhetens offentligt tillgängliga statistik. Journalgranskning enligt rutin FoU-enheten av alla VC nr 4s patienter som sökt JLC under en tvåmånaders period i början av 2018 (ca 120 st). Schemagranskning av bokningar som gjorts via JLC åt oss. Skulle patienten hänvisats till VC nr 4 dagen efter att man sökt på JLC? <u>Åtgärd</u> Vi påbörjar en dialog med våra patienter i början av 2018 för att ändra sökmönstret och vi utvärderar efter 3 och 6 månader.	
Projekttredovisning:	
Vi har granskat 116 journaler av våra patienter som sökt på JLC oktober-november 2017. <u>Vilka diagnoser söker VC nr 4s patienter för?</u> Luftvägsinfektion - 29%; Trauma - 15%; Värk - 14%; Hud - 11%; Urinvägsinfektion - 9% Buksmärtor – 9%; Hjärta/cirkulation/yrsel - 7%; Psykiatri - 4%; Ögon - 2% <u>Vilka faktorer påverkar patienternas val för att söka JLC istället för under VCs öppettider?</u>	

Sjukdomsduration

SNITT: 3,9 dagar

> 3 dagar: 33%

> 2 dagar: 43%

Distans

Besök på JLC per 1000 listade, 2017:

Ljungby kommun: 142

Älmhult kommun: 75

Markaryd kommun: 74

I vilken utsträckning får patienterna rätt triagering med tanke på JLCs grunduppdrag?**Rätt triagerade:** 45% (44% och 46%)

Ej akuta: 13%

Kunde ha sökt dagen efter: 42%

Rätta beslut avseende utredning och handläggning med tanke på JLCs grunduppdrag?

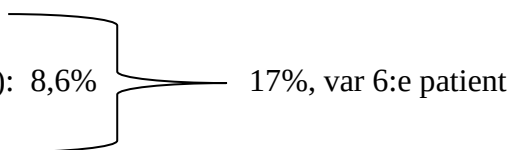
Skelettröntgen: 6,9%

Pulmo/DT hjärna: 4,3%

Venösa prover/odling (urin/hals): 8,6%

Elektiv remiss: 4,3%

Akut remiss: 6%

**Intervention mellan 20180108 – 20180831:**

Vi delade ut informationslappar till alla patienter på receptionen om vikten att inte belasta akuten i onödan och vi framförde vårt önskemål om att kontakta oss innan man söker på JLC.

Sökmönstret:

	Besök 2017	Besök 2018	Ökning	Ökning –
Expansion(10%)				
Kvartal 1	160	189	18%	+ 7%
Kvartal 2	220	228	4%	- 6%
Kvartal 3	173	194	12%	+ 2%

DISKUSSION

Sökmönstret känns ha en dropin karaktär (nettläkare).

Distansen styr mer än medicinsk triagering. Sjukdomsdurationen påverkar knappast.

55% av patienterna är feltriagerade.

JLC Ljungby omsatte 12% fler patientbesök 2017 än Växjö trots mycket mindre tätort.

Läkaren går både under och över rätt kompetensnivå (DSK infektionsmottagning **vs** var 6:e

patient fick organröntgen/venösprover/elektivremiss).

Patienternas sökmönster går inte att påverka bestående genom diskussion och information utan behöver styras upp institutionellt genom rätta patientvägar.

KONKLUSION

JLC Ljungby är mycket en bekvämlighetsmottagning för Ljungbyborna på andras bekostnad

där man går förbi triagering och vårdkö. Grundprinciperna att alla ska få vård enligt behov,

rätt vård på rätt nivå och kostnadseffektivitet fungerar inte riktigt.

Antibiotikaordinationen ökar regelrätt med hög tillgänglighet (dropin, nettläkarverksamhet).

Hyrilkare på jouren går inte att fasa ut pga dålig arbetsmiljö.

Vi förklarar detta med personalens bristande utbildning och erfarenhet avseende primärvårdsarbetsättet. JLCs verksamhet är mer förenlig med akutvård än med primärvård.

FÖRSLAG

Flytta ut JLC till en vårdcentral liksom i Växjö.

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	5
Rubrik:	Antibiotikaförskrivning vid uvi
Kinoloner vid uvi; kan vi sänka den höga förskrivningen? Höga siffror för behandling med kinoloner vid uvi 11% Syfte. Minska användningen. Mål 5%. Metod: följa förskrivningsmönster i medrave och ta upp på APT varje månad för att höja medvetenhet	
Projektrevisning:	
Resultat: 2 läkare på plats, uppmärksamhet ökade och förskrivningen har sjunkit till 7,1% Kommentar: handlar om enstaka recept, 0-3/månad	

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	6
Rubrik:	Hjärtsviktsbehandling
Syfte: patienter med hjärtsvikt ska ha optimal behandling ACE-hämmare alternativt ARB om kontraindikation saknas Metod: Via medrave söktes de pat som inte stod på denna behandling upp, kontraindikation värderades, liksom hur diagnos var satt och om det kunde vara aktuellt med behandling hos patienten	
Projektrevisning:	
28 patienter med satt diagnos hjärtsvikt utan behandling med ACE-hämmare/ARB identifierades Två patienter hade ACE-hämmare insatt (en i pascal, ej i cosmic) Medelålder 89,6 år 16 kvinnor 10 män (de två med behandling borttagna) Kontraindikationer: 13 patienter hade njursvikt 4 tät aortastenot (1 av dem hade också grav njursvikt) 1 allergi (angioneurotiskt ödem) 1 utsatt pga lågt blodtryck 2016, kvinnan var då 96 år Återstod 7 patienter som kunde fått behandling? Övriga som inte bedömdes aktuella för behandling: 1. En kvinna 98 år med diagnos satt vid rtg hjärta-lungor 2016 då hon redan bodde på SÄBO, fullgod effekt av en Impugan 40mg 2. En multisjuk man 69 år som sköts av medicinkliniken 3. En multisjuk kvinna 84 år med malignitet. Kliniskt satt diagnos utan symptom på hjärtsvikt i nuläget 4. En 90-årig dement kvinna bosatt på SÄBO, hjärteko 2016 ua, svikttendens på slätrtg 2018, symptomfri 5. Multisjuk man 84 år med spridd malignitet, klinisk diagnos på SÄBO, utan symptom på hjärtsvikt nu 6. En 86-årig dement kvinna boende på SÄBO, kliniskt satt diagnos, bedömd på rond utan tecken på svikt 7. En 90-årig kvinna bosatt på SÄBO, bedömd på rond utan tecken på svikt De fick inte heller ändrad behandling.	

Slutsats

Vårdcentralens patienter med satt diagnos hjärtsvikt har låg andel som står på ACE-hämmare 22% och ARB 35%

Det verkar vara en rimlig nivå, de patienter som inte har behandling har antingen absoluta kontraindikationer eller mår väl utan symtom på hjärtsvikt

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	7
Rubrik:	HbA1c
Syfte: patienter med diabetes ska ha god behandling HbA1c<70 är ett målvärde Metod: Via medrave söktes de pat upp som hade HbA1c >70, insatser i form av besök, telefonsamtal, tätare provtagning och läkemedelsjustering gjordes hos de patienter som vi kunde motivera att delta	
Projektredovisning:	
Vid start fanns 64 patienter med HbA1c>70 (13% av diabetiker) Efter intervention hade 19 patienter förbättrats (nu 9,6%>70) 45 patienter hade fortfarande HbA1c>70 i oktober, varav ungefär hälften är på väg ned i värde och hälften inte gått att motivera till intervention Nya idéer: titta på de patienter som har bra HbA1c, ta reda på vad de behöver för stöd av oss för fortsatt bra värden, kanske klarar de sig med mindre stöd än de har idag, så att man kan fokusera på de som behöver mer stöd	

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	8
Rubrik:	Blodtryck vid diabetes
Blodtryck är en riskfaktor för olika hjärtkärl sjukdomar och för de som har diabetes är det extra viktigt med ett bra blodtryck just för förhöjd risk för hjärtinfarkt och stroke. Av de listade patienterna med diabetes typ 2 på vårdcentralen är det endast 49 % som uppnår mål blodtryck 140/80. Få 24 timmars blodtrycksmätningar hade gjorts på VC. En Medrave grupp på vårdcentralen arbetar vidare för att nå det nationella målet att > 65% av de med diabetes ska ha ett blodtryck under 140/80. Delmål att uppnå 55 % 1 september. Syftet blir att arbeta med att uppmärksamma blodtryck hos alla patienter, men speciellt multisjuka patienter. Kontrollera 24 timmarsblodtrycksmätning och planera att det görs.	

Projektredovisning:**Bakgrund:**

Blodtryck är en viktig riskfaktor för hjärtsjukdom och speciellt diabetiker är det viktigt med tanke på att minska risken för bla. hjärtinfarkt och stroke.

När vi gick igenom våra siffror i Med rave såg vi att det var förhållandevis många av våra diabetiker som inte nådde mål värdet i blodtryck på 140/85.

180215 hade vi 492 typ 2- diabetiker enligt Med rave och av dem var det 49 % som nådde målet i blodtryck på 140/85.

Syfte:

Öka andelen diabetiker med blodtryck under 140/85 genom att erbjuda 24-timmars blodtrycksmätning när värden över 140/85 noteras hos läkare eller diabetessköterska.

Vi ska den 1/9 ha minst 55 % av diabetikerna på mål värdet.

Genomförande:

För att öka uppmärksamheten gavs information till alla personalgrupper på vårdcentralen att vara uppmärksamma och meddela läkare eller diabetessköterska vid förhöjda blodtryck.

Då detta hittades tillfrågades patienten om de önskade göra en 24 timmars blodtrycksmätning vilket de flesta gjorde.

Messenger skickades till undersköterska som kallade patienten. När svaret kom gick det till patientansvarig läkare eller patientansvarig sjuksköterska.

Var blodtrycket ännu förhöjt konsulterades läkare och medicinförändringar gjordes som sedan följdes.

Problem:

När vi tittade i Med rave i april såg vi att det inte registrerats några 24 timmars blodtrycksmätningar trots att vi visste att det var gjort. Kontakt togs med Roland Dolk-Olofsson som upptäckte att det blivit ett fel i systemet.

Vid ett senare tillfälle har vi inga blodtryckskontroller alls på våra patienter men även det åtgärdades.

Utvärdering:

Den 27/8 är det 505 st typ 2- diabetiker vid vårdcentralen och 55.4 % av dessa har ett blodtryck under 140/85. 22st 24-timmars blodtrycksmätningar har gjorts.

Mer 24-timmars mätningar ska göras men med tanke på att det är stor brist på läkare görs få läkarundersökningar pga. Diabetes vilket göra att patienterna inte upp märksammas.

Vårdcentralen har även haft brist på sjuksköterskor så diabeteskontrollerna hos diabetessköterskorna har blivit förskjutna i tid.

Framtid:

Fortsätta arbeta vidare så det nationella målet på 65 % uppnås senast 190215

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	9
Rubrik:	Fråga om tobak och dokumentera spirometri rätt
Att använda tobak ger en ökad risk för bla lungcancer och ökad risk för sjukdomar i hjärta, kärl och lungor. Det är då angeläget att arbeta med att de patienter med olika lungsjukdomar att få dem att sluta använda tobak. Av VC Lenhovdas listade patienter med diagnos Astma under 2017 och över 18 år är det endast 74% som har registrerat nikotin. 11 % av dessa är rökare Patienter med diagnosen KOL är det 81 % som tillfrågats om nikotin och hela 33 % är rökare. Det har utförts spirometri hos 73 % av dessa. Syftet blir då att se till att vi har så fullständiga värden för att kunna arbeta mer aktivt med de som använder tobak och även att utföra spirometri på alla med diagnosen KOL.	
Projektrevisning:	
När Astma/KOL sköterskan kollade i medrätt på sina egna patienter och upptäckte då att det endast var 74 % av patienter med diagnosen Astma som det registrerats nikotin på och 11% av dessa var rökare. Tittade även på patienter med diagnosen KOL och då hade 81 % tillfrågats om nikotin och hela 33 % var rökare. Enligt utdata hade 72% genomgått en spirometri. Arbetet blev då att gå igenom de patienter det inte fanns registrerat nikotin på för att titta i journalen om det hade missats eller om det var felregistrerat. Efter att rättat och ändrat sitt sätt att dokumenterar så blev resultatet att 85 % av patienterna med diagnosen astma nu registrats nikotin och 2 % var rökare. 89 % patienter med diagnosen KOL och registrerat nikotin och 39 % var rökare. 82 % av patienterna hade nu utfört spirometri. Astma/KOL sköterskan är nu mer noggrann vid dokumentation av tobaksvanor. Har bättre koll på vilka som utfört spirometri och om det behövs följas upp.	

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	10
Rubrik:	HbA1c vid diabetes.
I vårt kvalitetsarbete så kommer vi att arbeta med diabetespatienter. Vi har efter att vi har tittat både i MedRave, NDR och BO sett att vi har ett antal patienter under 80 år som har ett HbA1C på över 70 mmol/mol. Vår tanke är att följa upp dessa patienter tätare än tidigare. Patienten kommer att bli uppringd av diabetessköterskan som informerar patienten. Om patienten är intresserad så kommer diabetessköterskan att träffa patienten. Diabetessköterskan stämmer av med ansvarig läkare för att bestämma åtgärd. Nytt HbA1c tas efter cirka 2 månader efter att ny åtgärd har satts in. Därefter ny kontakt med patienten antingen telefon- eller personlig kontakt och man bestämmer då också om hur man arbetar vidare.	
Projektrevisning:	
När vi startade projektet så hade vi 157 patienter som var registrerade i Clickview och som hade diabetes, var under 80 år och hade tagit ett HbA1C. Av dessa så var det 21 patienter som låg på ett HbA1C över 70 mmol/mol enligt rapporten. Vid närmare granskning så visar det sig att 6 patienter av dessa inte hade ett HbA1C över 70 mmol/mol, så totalt var det 15 patienter som vi koncentrerade oss på (systemfel). Diabetessköterskan har träffat alla dessa patienter. Av dem så är det nu 4 stycken som ligger under 70 mmol/mol i sitt HbA1C och ytterligare 4 stycken som är på god väg att komma under. Totalt har 53,3% sänkt sitt HbA1C mellan 2-28 mmol/mol. en sänkning med ett snitt på 11 mmol/mol. 6 personer har av olika anledningar inte sänkt sig något ännu och 1 person har flyttat. Under hela processen så har diabetessköterskan haft en dialog med patientens läkare. Diabetessköterskan började med att gå igenom Clickview rapporten. Därefter tog hon kontakt med patienten antingen via telefon eller tidsbokning till sig själv eller läkare. Under samtalet med patienten så har det höga HbA1C värdet tagits upp och förklarats riskerna med. För varje patient har mål och delmål satts upp. Det har både varit råd om kost, motion och i vissa fall så har man gjort läkemedelsjusteringar. Ungefär 2 månader efter det första besöket så har patienten kommit för att ta ett nytt HbA1C. Diabetessköterskan har därefter tagit kontakt med patienten antingen via telefon eller bokat in dem på ett besök. Vissa patienter har behövt extra stöttning under projektet och det har oftast skett via telefon men även som extra besök. Patienternas inställning har varit positiv. Även svårmotiverade patienter har förstått vikten av att få ned sitt blodsocker och vinsterna med det. De har även varit positiva till täta kontakter. De patienter som har gått ned i sitt HbA1C upplever att de mår bättre. Resultaten är så goda att vi kommer fortsätta arbeta på det här sättet.	

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	11
Rubrik:	Aktualisering av uppmärksamhetssignal
Bakgrund: Uppmärksamhetssignalen är en viktig parameter för all personal som snabbt vill hitta värdefull information om patienten. Då vi konstaterat att den ofta innehåller inaktuell information, vill vi arbeta med att aktualisera patientdata. Syfte: Stärka patientsäkerheten. Metod: Vid varje patientkontakt tillfrågas patienten om informationen i symbolen stämmer, samt samlar in ny relevant fakta. Inhämtad information sparas i en pärm. En gång i månaden går läkaren igenom insamlad patientdata och uppdaterar patientens uppmärksamhetssignal. Tid kommer att avsättas till projektet, både för läkare och övrig personal. Ansvarig sköterska sammanställer var tredje månad antal kontrollerade patienter och uppdaterade symboler. Mål: Resultatet kommer att redovisas vid APT september 2018. Efter utvärdering bestäms hur länge projektet skall fortgå.	

Projektredovisning:**Beskrivning:**

När patienter varit i kontakt med hälsocentralen, har han/hon tillfrågats om informationen i UMS stämmer, samt om det är några nya uppgifter som är relevanta. Samtliga sjuksköterskor samt läkare har varit aktiva i uppdraget. Schemalagd tid för projektet har motsvarat 1-1,5 timmar/vecka, samt tid för utvärdering och sammanställning har varit avsatt.

Svårigheter:

Ej nått patienter som har HSV eller kognitiva funktionsnedsättningar. Vid genomgång upptäcktes flera dubletter.

Måluppfyllnad:

Vi har tillfrågat och bearbetat 69 st, varav UMS stämde till 80%. 10% har makulerats och 7% är nya. (Dubletterna exkluderat).

Tolkning av resultat:

I de flesta fall stämde informationen i UMS. En del patienter hade flera avvikelser av olika slag. Flest nivåer i UMS var "Besvärlig" samt "Skadlig". Vi ser ingen möjlighet att hämta information angående UMS via Qlic Wiew eller Medrave. Det innebär att vi inte vet hur många vi har kvar att uppdatera.

Förbättringsområde:

Automatisk överföring av information så att ostrukturerat inte behöver tas omhand manuellt. Att kunna diktera information i UMS.

Projektet kommer att avslutas, men patientsäkerhetsarbete med att uppdatera UMS kommer att fortsätta.

Resultatet av projektet kommer att redovisas på APT.

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	12
Rubrik:	Sårömläggningar
Mål: Patienter med kroniska sår, enligt definition ej läkta efter 6 veckor, ska med hjälp av kvalitetskriterier få rätt behandling med snabbare läkning som följd samt att det efter läkning ska finnas en förebyggande plan för att undvika uppkomst av nya sår. Kvalitetskriterier: diagnos, individuell vårdplan, livsstilsgenomgång, fotografering, mätning av sår, ankelindex, VAS uppskattning. När kvalitetskriterierna är uppfyllda väljs behandling gällande kompression samt val av förbandsmaterial. Mätmetoder: Statistik, med specifika frågeställningar som utgår ifrån kvalitetskriterierna, framtagen från medrave, BO och qlickview inför projektets start och sedan efter 3 månader respektive 9 månader. Hur: Med hjälp av dokumentationen beskriva vilken ömläggingsvecka patienten befinner sig i. En upprättad checklista vad som ska ske med de kroniska såren vid vilken vecka, vad gör vi vid första besöket samt upprättande av en individuell vårdplan. Ömläggningarna ska utföras av högst 3 olika distriktssköterskor.	
Projektredovisning:	Sårvård valdes ut som utvecklingsprojekt då sårömläggningarna står för 21 % av det totala antalet besök på distriktssköterskemottagningen. Kontinuitet är en viktig del i sårömläkningsen då den ger möjlighet att följa upp såret, utvärdera förband innan förbandbyte görs samt möjliggör helhetsansvar när läkarkontakt eller annan konsultation behövs. Kontinuiteten på vårdcentralen mättes med hjälp av medrave och genomfördes under 3 perioder. Sår med diagnosen sårskada, trycksår, bensår samt kroniskt hudsår valdes ut samt de patienter som varit på minst 8 besök. Muntlig information gavs till samtliga distriktssköterskor kring sårömläkningsprojektet samt att patienters besök inte skulle bokas till mer än 3 olika distriktssköterskor. Skriftlig information kring dokumentation av sår placerades ut på de olika mottagningarna. Första mätningen visade att samtliga patienter (6) hade 4 eller fler DSK vid besöken, 3 av 6 patienterna (50%) hade samma DSK vid 50% av besöken och 3 av 6 patienterna (50%) hade samma DSK vid mindre än hälften av besöken. Andra mätningen visade att 3 patienter av 9 hade 3 olika DSK vid samtliga besök, övriga patienter (6) hade 4 eller fler, 5 av 9 patienter (55%) hade samma DSK vid 50% av besöken och 4 av 9 patienter (44%) hade samma DSK vid mindre än hälften av besöken. Tredje mätningen visade att samtliga patienter (13) hade 4 eller fler DSK vid besöken, 3 av 13 patienter (23%) hade samma DSK vid 50% av besöken och 10 av 13 patienterna (77%) hade samma DSK vid mindre än hälften av besöken. Resultaten visar att det är svårt att få kontinuitet kring sår. Det är mer än 8 olika distriktssköterskor som arbetar på mottagningen. Tidspress vid bokningar samt få tider att boka på är hinder för kontinuiteten. I förlängningen kan en sårömläkningsmottagning samt registrering i Rikssår vara ett nytt arbetssätt för att nå bättre kontinuitet.

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	13
Rubrik:	Cortisoninjektioner av fysioterapeut
Patienter med axelbesvär, trokantertendinoapti eller knäartros är vanligt förekommande på en fysioterapimottagning. Som ett komplement till annan fysioterapibehandling kan kortikosteroidinjektion bli aktuellt. Kortikosteroidinjektioner är relativt enkla lågriskåtgärder för behandling och diagnostisering av muskeloskeletala sjukdomar. Studier har framför allt visat en kortsiktig effekt medan klinisk erfarenhet även visat på långsiktig effekt. Injektionerna har tidigare givits av läkare men utbildningar har på senare år även riktats mot fysioterapeuter. Fysioterapeuter är väl utbildade i anatomi och bedömning av muskuloskeletala besvär och är den yrkesgrupp som i första hand träffar denna patientgrupp. Genom att fysioterapeut även har möjlighet att ge kortikosteroidinjektioner tror vi att patienten snabbare får diagnos och behandling samt att läkartid kan frigöras genom att patienten i regel bara behöver träffa fysioterapeut. Som ett led av detta genomgick en fysioterapeut utbildning i februari 2017. Under våren genomfördes injektioner tillsammans med läkare för att säkerställa att injektionerna genomfördes på ett adekvat sätt. Under projektets tidsperiod kommer samtliga patienter som erhållit kortikosteroidinjektion få ett avidentifierat formulär hemskickat med frågor angående tillgänglighet, delaktighet, information, genomförande samt effekten av behandlingen. Resultatet kommer att redovisas i stapeldiagram där inga enskilda svar kan urskiljas.	

Projektredovisning:	
---------------------	--

Som ett komplement till sjukgymnastisk behandling har patienter med impingementsyndrom axel, smärta acromioclavikularled, trokantertendinopati/bursit, knäartros eller bursit knä fått behandling med kortikosteroidinjektion om detta har bedömts adekvat.

Injektionerna har getts under sterila förhållanden. Läkemedlen som använts har varit Lederspan eller Depomedrol blandat med bedövningsmedel Xylocain.

Samtliga patienter som erhållit kortikosteroidinjektion har efteråt fått besvara ett formulär. Patienterna har fått formuläret med sig hem och besvarat frågorna inom en vecka. Formuläret har sedan lämnats tillbaka anonymt. Formuläret har bestått av frågor där patienten fått svara på hur de har upplevt tillgänglighet, information, delaktighet, utförande och effekt av behandlingen. Patienterna har också haft möjlighet att lämna valfria kommentarer.

Totalt erhöll 42 patienter kortikosteroidinjektion och av dessa besvarade 41 patienter formuläret. Samtliga patienter som fyllde i formuläret upplevde att tillgänglighet, information och delaktighet var bra eller mycket bra där en övervägande del svarat mycket bra. 88 % har svarat att de tyckte att genomförandet var mycket bra och 10 % bra medan 2% (en patient) har svarat varken bra eller dåligt. För att utvärdera den kortsiktiga effekten fick patienterna uppskatta effekten av behandlingen. 88% upplevde god eller mycket god effekt, 7 % upplevde ingen effekt medan två patienter missade att svara på frågan.

Projektet visar att kortikosteroidinjektioner utfört av sjukgymnast är ett väl fungerande arbetssätt. Patienterna upplevde överlag mycket bra tillgänglighet, information, delaktighet, utförandet samt att effekten var god eller mycket god. Arbetssättet innebär att vårdförloppet förkortas då patienterna inte behöver vänta på läkartid för injektion. Detta frigör även tid till läkare för andra patienter. Den långvariga effekten av behandlingen går ej att utvärdera i detta projekt vilket inte heller var syftet. Samtliga patienter informerades att en kombination av kortikosteroidinjektion och övriga sjukgymnastiska åtgärder ger bäst effekt på långsikt.

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	14
Rubrik:	Artrosskola
Vi ska ta fram statistik via Medrave på våra patienter med diagnosen artros. Vår sjukgymnast ska gå utbildning (artrosskola) i Göteborg i mars 2018. Efter detta startar han upp artrosskola här på vår vårdcentral där han erbjuder föreläsningar och träning i grupp för patienter med dessa besvär. Vi har många patienter som söker läkare och sjukgymnast här på vårdcentralen för sina artrosbesvär och för att patienterna ska få en bättre förståelse för sin sjukdom samt bättre livskvalitet tänkte vi erbjuda artrosskola för dessa patienter. Vid kursstarten får patienten fylla i en enkät och svara på några frågor om vad de kan om sin sjukdom. Vi kommer göra en utvärdering efter artrosskolan där patienten får svara på en ny enkät om vad de har lärt sig under tiden. Vårt mål med artrosskolan är att patienterna ska få en bättre livskvalitet.	
Projektrevisning:	
Artrosskolan är en utbildning för vårdcentralens patienter och leds av sjukgymnast. Materialet som används är hämtat från BOA. Statistik över patienter med knäartros och höftledsartros tas fram via Medrave. Utfallet kommer följas via Medrave Patienterna träffar först sjukgymnast för en individuell bedömning, därefter tillfrågas patienten om han/hon vill delta i artrosskolan. Upplägg Max 8 patienter bokas in vid uppstart av artrosskolan. Patienter med diagnosen höftledsartros eller knäartros kan delta. Artrosskolan består av 2 teoritillfällen och 2 träningstillfällen/vecka i grupp under 6-8 veckor. Patienten besvarar ett frågeformulär med 12 frågor efter första träffen (se bifogad kopia). Svaren räknas i poäng där maxpoäng ligger på 48. Uppföljning sker 3 månader och 1 år efter gruppträningen är avslutad, samma frågor besvaras då. Målet med artrosskolan är att patienten ska få en fördjupad kunskap om artros, egenvård och träning och att vi på vårdcentralen får använda oss av Medrave för att kunna ta fram statistik och även se utfallet som rör artros patienterna. Grupp 1 startades i mars 2018 och hade 8 deltagare. Gruppen svarade inte på frågeformuläret vid första besöket (missades) Besvarades istället vid 3 månaders uppföljning. 5 deltagare har besvarat frågorna. Max resultat var 48 poäng. Resultaten bland deltagarna var spridda från 13-38 poäng. Grupp 2 startades i september 2018 och hade 7 deltagare. Andra gruppen besvarade frågorna vid första besöket, alla deltagare svarade på frågorna. Maxresultatet var 48 poäng, resultaten var spridda från 14 -32 poäng. 3 månaders uppföljning kommer bli i februari månad 2019 Grupp 3 startades i oktober 2018 och hade 8 deltagare, alla deltagare fick med sig	

formuläret hem för att besvara frågorna till nästa träff

Frågeformulären sparas för att kunna jämföras från de olika uppföljningstillfällena.
Patienterna är nöjda med artrosskolan och tycker de upplever minskad smärta, får bra tips, en social bit och att de får stöttning

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	15
Rubrik:	Minskad antibiotikaförskrivning
För att få fram nuläget kommer projektet starta med att siffror för antibiotikaförskrivning tas fram från Medrave. Dessa kommer under projektets gång följas vid varje månadsskifte för att se det aktuella utfallet. Vid projektets slut görs en sammanfattning genom att statistik tas ut från Medrave. Vi har historiskt sätt haft en relativt hög antibiotikaförskrivning och legat högre än snittet i länet och vill jobba med detta. En arbetsgrupp bestående av läkare, undersköterska, distriktssköterska och verksamhetschef har bildats. Vi kommer börja använda "lapparna" om fria återbesök i det fall där man valt att avvakta med antibiotika. Dessa ska lämnas ut till aktuella patienter. Vi kommer också bli noggrannare med centorkriterier vid Strep A Verksamhetschef kommer dra ut statistik från Medrave varje månad och presentera på APT. Vi har beställt material från STRAMA till personal och väntrum. Syftet är att minska ogynnsam antibiotikaanvändning och bidra till att minska antibiotikaresistens.	
Projektredovisning:	I början av projektet bildades en grupp bestående av MLA, verksamhetschef, distriktssköterska och undersköterska. Alla informerades på APT. Vi läste in oss på material från Läkemedelsverket och STRAMA Vi beställde affischer och material från STRAMA som vi satt upp i väntrum och korridor. Vi har även info på våra väntrums-TV. Alla läkare har fått återbesökslappar till sina expeditioner. Vi tog fram riktlinjer som tryckts upp och lagts på läkarexpeditionerna och sjuksköterske expeditionen Gruppen har haft regelbundna träffar under projektiden. Det vi lyckats bäst med är minskning av förskrivning av antibiotika vid akut sinuit. Om vi jämför antibiotikaförskrivningen under perioden 20170101-20171031 mot samma period 2018 så har antibiotikaförskrivningen av framförallt Fenoximetylpencillin minskat. Under perioden 2017 hade 355 förskrivningar gjorts och under 2018 hade 235 förskrivningar gjorts. Denna statistik är framtagen ur Medrave. Även förskrivning av Pivimecallin hade minskat från 161 förskrivningar till 134 förskrivningar. Övriga antibiotika hade minskat något eller låg på samma nivå förutom fluxloxacilin som hade ökat från 79 förskrivningar till 90.

Vi diskuterade vid vårt avslutande möte att vi ska fortsätta arbetet och nu ska inrikta det mer på urinvägsinfektioner och hud-mjukdelsinfektioner där det nu även finns nya behandlingsriktlinjer. Alla läkare samt en distriktsköterska deltog vid STRAMAS utbildning i november.

Alla informerades om resultatet på APT och vi tycker att projektet fallit väl ut.

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	16
Rubrik:	Rökslutarstöd
Rök grupp i extern verksamhet VC nr 16 ligger i ett socioekonomiskt utsatt område. Andelen vuxna som fått ekonomiskt bistånd någon gång under året är tre gånger så högt i området än jämfört med riket eller Växjö kommun som helhet. Medianinkomsten är dessutom betydligt lägre. Även om VC nr 16 inte har uppgifter på andelen rökare i patient underlaget så har vi stora grupper med rökare. För att nå dessa har vi startat rök grupper, i syfte att sluta röka, i samverkan med kommunens verksamhet på Tallgården som är en plats för integration, utbildning, kurser, musik och kafé i bostadsområdet. Tallgården drivs framförallt i kommunens regi och astma kol sköterska från VC nr 16 arbetar med personer i en miljö som känns mer avdramatiserat än vad en vårdcentral gör. Vi får också hjälp av personalen på Tallgården att rekrytera personer som vill sluta röka, vilket förhoppningsvis kan bidra till att resultatet blir positivt för majoriteten av deltagare. Våra mätbara mål är • Antal deltagare vid start • Antal deltagare som fullföljt gruppen • Antal deltagare som slutat röka • Deltagare som minskat sin rökning efter avslutad kurs.	
Projektredovisning:	
Under våren har distriktsköterska bedrivit "sluta röka grupp" i extern verksamhet i syfte att nå ut till medborgare. Det har sammanlagt varit nio tillfällen inklusive avslutning vid sista tillfället. Antal deltagare vid start var sju stycken deltagare och antal deltagare som slutförde hela utbildningen var sex stycken. Således har 85 % fullföljt gruppen. Av de som slutfört har en person slutat helt och resten har minskat sin tobakskonsumtion jämfört med innan start. Som helhet får det bedömas som ett bra resultat med tanke på hur utmanande och svårt det kan vara att helt upphöra med rökning.	

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	17
Rubrik:	HbA1c
Syfte Syftet med arbetet är att förbättra patientens livskvalitet och minska risken för komplikationer. Mål Minska andelen patienter med HbA1c över 70 mmol/mol till samma nivå eller bättre jämfört med rikets genomsnittsvärde enligt NDR, som är 11,7 procent. Öka dokumentationen av fotundersökningarna som görs på patienterna till samma nivå eller bättre jämfört med rikets genomsnittsvärde som är 86,4 procent enligt NDR.	
Projektrevisning:	
Patientgrupp Vi har identifierat de 20 diabetiker med HbA1c över 70 mmol/mol, som utgör 13,1 procent av antalet typ 2-diabetiker i NDR 2017. Dokumentation av fotstatus fanns för 82,6 procent av antalet typ 2 diabetiker i NDR 2017. Av de 20 patienterna med HbA1c över 70 mmol/mol är 18 patienter med i förbättringsarbetet. De övriga har av olika skäl ej varit med i projektet under hösten. Orsakerna till detta är ålder, sjukdomar och bristande motivation. I gruppen deltar 10 män och 8 kvinnor. Den äldsta är 87 år och den yngsta 48 år. Genomförande Av de 18 patienterna har 18 patienter genomfört besök 2 och 12 patienter har genomfört besök 3. Flera ytterligare patienter har planerat besök för uppföljning under december. På grund av bristande resurser på diabetesmottagningen under sommaren har besök 2 förskjutits något, men genomförts efter sommaren. Anledning till att vissa patienter ej genomfört så många besök är att de avbokat erbjudna tider ett flertal gånger likväl har det varit en brist på bokningsbara tider på diabetesmottagningen. En av diabetessköterskorna som var med inledningsvis i detta projekt har valt att byta arbetsplats under projektets gång vilket resulterade i minskad kontinuitet både ur patient- och vårdgivarperspektiv. Av de 18 patienter som ingår i projektet har 8 patienter nått ett HbA1c under 70 mmol/mol i slutet av november 2018. Detta har skett genom ökad medicinsk behandling och förbättrad livsstil, antingen var för sig eller kombinerat. 13 patienter har sänkt sitt HbA1c men ännu ej nått under 70 mmol/mol. Se bifogade data från patientanteckningarna. Dokumentation av fotstatus har förbättrats från 82,6 procent 2017 till 90,4 procent i november 2018. Vi fortsätter med planerade besök enligt handlingsplanen.	

Slutsats

Patienterna har visat förnöjsamhet med att de blivit erbjudna tätare kontroller vad gäller diabetes. Vår upplevelse är att följsamheten ökat och att de tätare kontrollerna signalerat vikten av att sköta om sin diabetes för att undvika komplikationer. Vi efterfrågar dokumenterade individuella målvärden för HbA1c i journalen för att tydligare kunna vägleda patienterna.

Diabetesmottagningen på _____ saknar idag ett etablerat diabetesteam. Ett diabetesteam ger möjlighet till ökat samarbete mellan läkare och diabetessköterska, vilket leder till bättre förutsättningar att nå patienterna och stödja dem i ökad egenvårdsmotivation. Ytterligare förbättring skulle vara att ha diabetesmottagningen delvis öppen under sommarperioden för att ge möjlighet till snabbare bedömningar och omhändertagande av nydebuterade patienter.

TVå orsaker bakom det låga antalet inrapporterade fotstatus till NDR har varit att inte korrekt mall vid journalföring använts vid läkarbesök samt att det vid flera tillfällen endast dokumenterats i löpande text men att klassifikationerna inte använts och då kommer inte fotstatusen med till NDR.

För att förbättra detta behöver läkarna bli bättre på att diktera i NDR-mallen, att inleda diktat med tydlig kontaktorsak för att underlätta för sekreterarna och att de väljer klassifikation för fotstatus.

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	18
Rubrik:	Läkemedelsgenomgångar
Apoteksstöd på vc är tidigare prövat och utvärderat i bl.a. Gislaved och ett försök har gjorts i Älmhult med apotekare på vc. Då har reducering av antalet farmaka, interaktioner, biverkningar som försvunnit mm redovisats. Vi vill efter läkemedelsgenomgång av apotekare före läkarbesök hos var och en av läkarna, inklusive ST, i VC nr 18 utvärdera vad som händer efter 4-6 månaders uppföljning. Detta genom en journalgenomgång utförd av respektive läkare och en gemensam diskussion i sköterske- och läkargruppen. Detta för att bedöma om modellen mer långsiktigt har en plats vid VC nr 18. Vad har hänt rent medicinskt? Har patienten under uppföljningstiden fått någon sjuklighet, komplikation som kan tillskrivas förändringen i läkemedelsarsenalen? Dödsfall? Sjukhusvård? Inträder en påfallande förbättring genom reduktionen av antalet läkemedel? Det blir 4-5 patienter för varje läkare så fallsammanställningen torde sluta på ca 20-25 analyser. Medräve kan bli en stödfunktion i den manuella journalgenomgången.	
Projektredovisning:	
Viktigaste frågeställningar var vad som händer medicinskt vid fördjupad läkemedelsgenomgång och om sådan praktiskt går att integrera i vårdcentralens löpande arbete. METOD OCH MATERIAL Patienter med multifarmaci, flertalet med >7 läkemedel, erbjöds förberedd läkemedelsgenomgång av apotekare med uppföljande läkarbesök hos patientansvarig, ordinarie distriktsläkare. 14 patienter tackade ja, varav en uteblev och 9 kom på läkaruppföljning. För en skedde endast läkemedelsanalys utan träff med apotekare. Manuell journalgranskning gjordes av apotekare och medicinskt ledningsansvarig. Synpunkter från kollegor och personal inhämtades. Studien har karaktären av pilotprojekt. RESULTAT Patienterna såg med något undantag positivt på att medverka och att vid två tillfällen avsätta tid för läkemedelsgenomgång, många medvetna om riskerna med multifarmaci. Apotekare tyckte samtliga patienter som valts ut var lämpliga, problematiken inte obetydlig, så arbetet kändes värdefullt trots en betydande tidsmässig arbetsinsats att gå igenom journaler, indikationer etc. Vikten av läkemedelsavstämning blev tydlig då inte någon av patienterna tog sina medel enligt läkemedelslistan. Logistiken och det praktiska, där sköterskor förberett och kallat patienterna, fungerade väl och det fanns ett värde i sig att lära känna personalen, detta för framtida samarbete. Under 6-9 månaders uppföljning inträffade inget dödsfall, intagning på sjukhus eller återbesök föranlett av läkemedelsutsättning(9 fall), byte till lämpligare preparat(9) eller dosjustering(8). Läkaren uppmanades uppdatera läkemedelslistan(9), då t ex dubbelbokföring och gamla mediciner stod kvar, och överväga risker med interaktioner(6) och biverkningar/risk för sådana(10) Nedsatt njurfunktion gav förslag om dosjustering och preparatbyte och några allvarliga interaktioner uppmärksammades.	

DISKUSSION

Apotekare fann inga katastrofala interaktioner eller biverkningar och ingen patient för illa av omprövningen. Psykologiskt är utsättning av mediciner laddat, då lätt patienter och anhöriga tillskriver varje försämring eller dödsfall utsättningen även om inget sådant medicinskt samband finns.

Pilotprojektet visade vanligt förekommande problem som att indikation inte alltid kvarstår, läkemedelsdoser behöver justeras, dubbelmedicinering med likartade preparat sker och bristande följsamhet föreligger. Läkemedelslistan är nästan alltid otillförlitlig pga. bristande läkardisciplin, tidsbrist samt att samhället inte tydligt fastställt att patientens fasta allmänläkare har det entydiga ansvaret att hålla samman läkemedelsförskrivningen. Detta när varje subspecialist så ofta ser maximal farmakologisk intervention inom sitt organområde som viktigast utan hänsyn till multifarmacins risker, dokumenterad effekt hos äldre, bristande följsamhet etc.

Om läkemedelsgenomgångar på vårdcentral med apotekare är bättre än om motsvarande tid ges ordinarie läkare är inte vetenskapligt fastställt. Allmänläkare står för merparten av läkemedelsförskrivningen i Sverige men är en uttalad bristvara. Pilotprojektet visar att apotekarbesök fyller en viktig roll och kan integreras i en vårdcentrals rutiner. Inte ens upprepade läkemedelsgenomgångar kan lösa de stora problem som finns i vardagssjukvården på läkemedelsområdet. Det är allmänläkarna som i den löpande dagliga verksamheten måste ta ansvaret för sina patienters behandling. Men som inspiration, kunskapsförmedlare och illustratör av farmakologiskt tänkande spelar apotekarbesök en viktig roll.

Med en bättre bemanning av allmänläkare på vårdcentraler, inklusive i VC nr 18, borde regelbundna läkemedelsgenomgångar med tillresande fast apotekare ha en given plats.

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	19
Rubrik:	Tele-Q
Bakgrund 2016 januari till augusti 7227 st samtal 2017 januari till augusti 7683 st samtal 2018 januari till augusti 9114 st samtal Utgångsläge september 2017, uppringning inom 2 timmar 88 %	
Projektreddovisning:	
Med bemanningsstödet i Tele Q, styr vi resurser och justerar i inställningar. För att få en så bra arbetsmiljö som möjligt och en god tillgänglighet för våra listade patienter. I somras fick vi tillgång till eftermärkning i teleq. Laboratorieärenden var ett stort antal frågor som vi behandlade i telefon. Döpte om och ändrade på 1177 E-tjänster. Döpte om och ändrade på 1177 E-tjänster I september 2018 har vi nått en tillgänglighet på 93 %	

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	20
Rubrik:	Sårvård
Bakgrund • Många besök per patient • För dålig kunskap om sår och förband • Dålig diagnossättning • Bristande kontinuitet • Hög kostnad av material och personalresurser Inklusionskriterier • Patienter med långsamtläkande sår dvs sår som ej kommer att läka inom 6 veckor • Första kontakt 2018 Syfte 1, patient • Minskat lidande för patienten • Minska besökskostnad och antal besök • Ökad trygghet och säkerhet • Minskat beroende och isolering • Tidig diagnos • Kortare läkningstid Syfte 2, personal • Öka kunskap och handläggning om sår, sårbehandling och förbandsmaterial. • Arbeta effektivare • Minskad risk för slentrian • Utökat samarbete Syfte 3, Vårdcentralen/Region Kronoberg • Minskade resurser till varje patient • Minskad kostnad för material • Minskad risk för komplikationer t.ex. amputationer och infektioner • RAK – Rätt Använd Kompetens Metod Behov av strukturerade besök t.ex. för att kunna kartlägga patientens tillstånd i tidigt skede. • Längre besök nr 1 på distriktssköterskemottagning, ca 1 timme med. Anamnes, Ankelindex, Kompression, Livsstilsvanor, Prover/odling, Val av förband • Besök 2 tillsammans med läkare (60 min ssk + 30 min läkare) med: Diagnos, Smärtlindring, Läkemedel, Remisser (t.ex. Team Olmed, Klin fys, diabetesteam), Behandlingsplan • Besök 3 efter läkning en månadsuppföljning t ex telefonsamtal Besök för omläggning 1-2 gånger per vecka mellan dessa "huvudbesök". Övrigt: • Utbildning internt av sårombud angående sår och sårvårdsmaterial • Sjuksköterskemöte där patientfall diskuteras och information om nya förbandsmaterial • SSK/Patientbesök för "svåra" sår • Arbeta mer med sårvårdsplaner	

Projektrevisning:	
--------------------------	--

Patient nr 1

- Man, född -36. Känd diabetes, art insuff, tidigare svårläkt sår hö häls sen 4 år.
- Nyupptäckt sår vä häls. Besök 14/3.
- Besök 1 21/3 + kompletterande 28/3.
- Besök 2 i samband med diabeteskontroll läkare 10/4.
- Besök 3 Uppföljning i samband med diab sköt besök.
- Sår läkt 31/5.
- Totalt 13 besök

Patient nr 2

- Kvinna, född -46. Venös insuff, tidigare bensår. Op varicer.
- Sårskada vä underben efter fall 7/4. Besök 10/4.
- Besök 1 17/4.
- Besök 2 23/4.
- Sår läkt 20/6.
- Totalt 12 besök

Patient nr 3

- Kvinna, född -57. Frisk sedan tidigare.
- Sårskada vä underben 14/8. Besök 21/8.
- Besök 1 30/8.
- Besök 2 genomförs ej pga påtaglig förbättring.
- Sår läkt 28/9.
- Totalt 7 besök

Patient nr 4

- Kvinna, född -34. Tidigare Waranbeh pga DVT o lungemboli. Bytt till Eliquis för f-flimmer. Smärtproblematik i rygg, höft.
- Besök 24/4. Sår som ej läker på vä stortå sen 1 månad.
- Besök 1 11/5.
- Besök 2 14/5.
- Sår läkt 9/7. Lång tid för skojustering.
- Totalt 14 besök

Resultat

- Statistik är ej lätt att få
- Antal patienter 4.
- Antal besök?
- Kontinuitet?
- Hur tidig diagnos – besök nr 2 senast
- Skickade remisser – Team Olmed
- Komplikationer – skav av nya skor

Upplevelse bland personal av

- Ökad kunskap
- Samarbete mellan personalen
- Missar inget vilket inger trygghet
- Bättre översikt/kontroll på vilka sår vi har även de utanför kriterierna
- Tidigare diagnos – rätt behandling
- Minskad antibiotikaanvändning
- Snabbare handläggning - remisser till rätt ställe
- Rätt sårvårdsmaterial till rätt sår

Framtiden: Vi ska bli bättre på:

- RiksSår
- Uppföljning per telefon ca 1 månad efter läkning
- Sjuksköterske/patientbesök för svårbehandlade sår
- Utökat arbete med sårvårdsplaner
- Utvärdering från patienterna

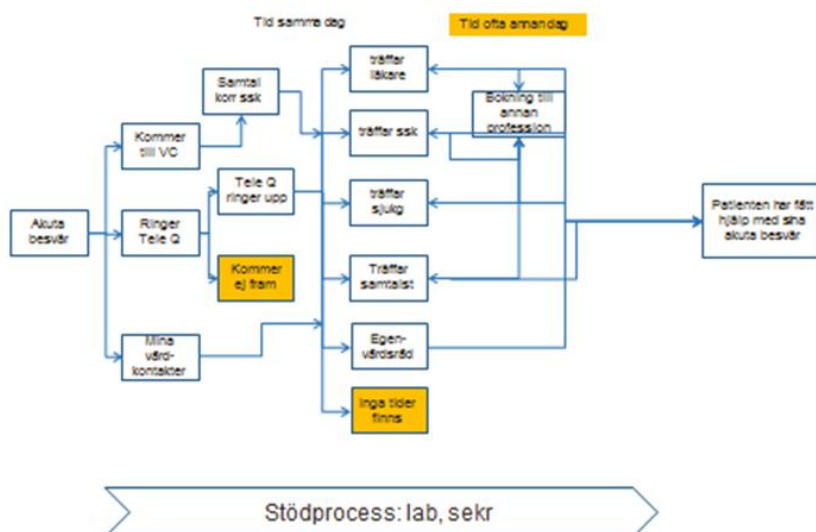
Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	21
Rubrik:	Drop-in lättakut

Bakgrund:

Tillgängligheten för akuta patienter var under våren 2018 bristfällig på VC nr 21. Det var begränsning i tillgänglighet till akuta telefontider (TeleQ) och det saknades ofta möjlighet att boka besök till läkare samma dag. Det var den som kom fram först i telefon som fick tid istället för att behovet av vård styrde. Flera patienter söker till JLC och andra vårdaktörer vilket sannolikt beror på att tillgängligheten brister.

Patient med symptom som är nytillkomna eller akut försämrat. Före ändring



Gul markerade rutor beskriver identifierade problem

Mål:

Ökad tillgänglighet för akuta patienter genom rätt resurs på rätt plats i rätt tid.

Projektredovisning:

Förändring:

Akuta patienterna kan komma direkt till VC nr 21 mellan klockan 8-10 varje vardag (utan telefonkontakt innan). Patienten triageras av sjuksköterska och behov av åtgärd bedöms. Varje dag jobbar ett team bestående av undersköterska (provtagning), sjuksköterska, samtals terapeut, läkare och sjukgymnast med patienterna på lättakuten.

Patienterna erbjuds lämplig insats efter triagering. Målet är att de patienter som behöver träffa någon i teamet får göra detta samma dag. Alla patienter som kommer till lättakuten på utsatt öppettid får träffa sjuksköterska för bedömning.

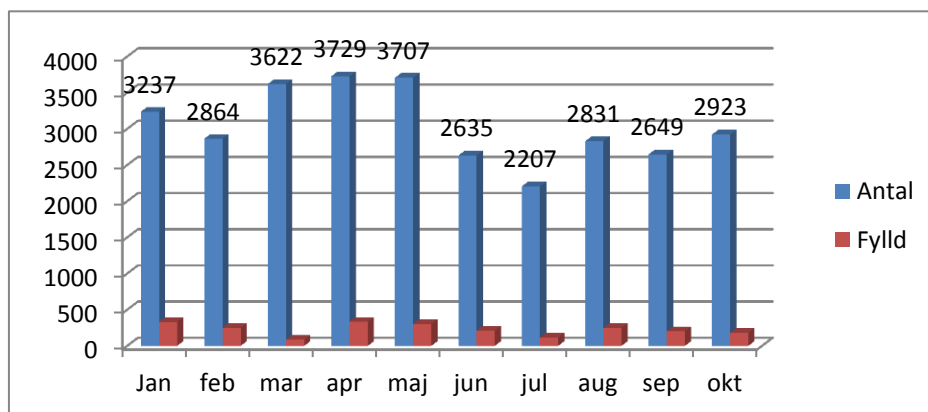
Förändringen infördes den 17 maj 2018

Resultat:

Totala antalet besök på vårdcentralen har ökat jmf med 2017. Nedan ser ni totala antalet besök (inklusive BVC) som genomförts på vårdcentralen per månad. Baseras på fakta från vårdcentralens månadsuppföljning

Antal besök per månad		
Månad	År 2018	År 2017
Maj	2695	2596
Juni	2381	2467
Juli	2017	1819
Augusti	2453	2480
September	2673	2235
Okt	2988	2631
Totalt	15207	14228

Telefonsamtal har minskat något, men vi ser ingen förbättring på bokningsintervall och uppringnings tid inom 10 minuter. Nedan ser ni antal samtal per månad samt hur många som ringer till fylld kö.



Täckningsgraden har ökat vilket påverkar det ekonomiska utfallet positivt vilket medför att vi kan öka bemanningen och därmed tillgängligheten ytterligare. Än kan vi inte se att besöken till andra vårdgivare minskar.

Ca 50% av de som kommer till lättakuten går till läkare. Detta kan styras beroende på hur vi bemannar med kompetens. Allmänsjuksköterskor med lång erfarenhet och distriktsköterskor kan själva göra mer kvalificerade bedömningar vilket genererar mindre antal besök till läkare.

Vi har haft ett kontrollmått med antibiotika förskrivning och kan inte se att detta ökat, utan snarare minskat.

Vid uppstart gjorde vi en mätning av hur patienterna upplevde det att vänta i en drop in mottagningen. Sitter de längre än 30 minuter och väntar så svarar patienterna att det är för länge.

Analys:

Tillgängligheten för akuta patienter har ökat då alla som kommer till oss får komma på en bedömning hos sjuksköterska. Tidigare kunde det hända att man inte kom fram i telefon och/eller att dagens mottagningstid var slut. Nu görs en bedömning av behov av besök hos annan profession alternativt egenvård som bygger på patientens status inte på att den kom fram först i telefonen.

Kösituationen som uppstår vissa dagar gör att patienterna blir frustrerade. Detta behöver vi jobba vidare och minska kötiden.

Läkarmottagningen har minskat vilket är gynnsamt då det finns en läkarbrist. Vi har heller inte haft någon avvikelse på felbedömning i triageringen under dessa månader.

Variationen i flödet (antal besök) per dag gör att det vissa dagar blir hög belastning och påverkar arbetsmiljö negativt pga. att köer stressar och antalet patienter kan bli stort.

Vi ser en undanträngningseffekt genom att de halv akuta patienterna har fått mindre tillgänglighet och detta kan ses på antal patienter som väntar mer än 7 dagar till läkarbesök.

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	22
Rubrik:	Hälsosamtal hos Distriktssköterska
Inledning/Bakgrund Vi vill i mötet med våra patienter stödja hen att så långt som möjligt behålla och förbättra sin hälsa. Ett personcentrerat förhållningssätt där patienten upplever en ökad kontroll och tar ansvar för sina hälsorisker. Syfte Syftet är att förebygga sjukdomar genom att lyfta det i Hälsosamtal hos distriktssköterska/sjuksköterska. Tillvägagångssätt Vi kommer att identifiera hälsorisker och hälsoproblem genom samtal om levnadsvanor. I samtalet kommer vi att fråga efter ärftlighet samt faktorer som påverkar livskvalitet och hälsa så som tobak, alkohol, fysisk aktivitet, mat och sömn. Vi kommer även fråga efter välbefinnande, stress, sömnproblem och elimination. Vi har arbetat fram ett flödesschema för processen före, under och efter hälsosamtalet. Utefter de specifika problem gällande livsstil som identifieras under hälsosamtalet kan det bli aktuellt för patienten att komma i kontakt med annan profession, till exempel fysioterapeut eller arbetsterapeut. Medicinsk utdata I samband med hälsosamtalet samlas och mäts ingångsvärden för patienten. För att följa utveckling och förbättring genomförs ett eller flera uppföljande samtal där samma värden ånyo registreras för att kunna mäta förbättring och förändring Vi kommer att mäta och följa upp blodtryck, blodsocker, lipidstatus och vikt där behov finns. Vi kommer också att mäta antalet skrivna FAR-recept. Mätningarna genomförs med syftet att åstadkomma en sänkning i lipidstatus, blodtryck, blodsocker och positiv förändring i vikt samt en ökning av antalet utskrivna FaR-recept.	
Projektredovisning:	
Patienten bokas på ett entimmes besök hos sjuksköterska som Hälsosamtal. Information till patienten att testa sina levnadsvanor på 1177.se och komma till vårdcentralen för att ta fasta prover en vecka innan besöket. Samtal förs med patienten enligt motivationsguiden ``Samtal om hälsa`` Dokumentation vid besöket sker i sjuksköterskemall hela mallen Primärvård. Vi kommer att identifiera hälsorisker och hälsoproblem genom samtal om levnadsvanor. I samtalet kommer vi att fråga efter ärftlighet samt faktorer som påverkar livskvalitet och hälsa så som tobak, alkohol, fysisk aktivitet, mat och sömn. Vi kommer även fråga efter	

välbefinnande, stress, sömnproblem och elimination.

Ett flödesschema har arbetats fram för processen före, under och efter hälsosamtalet. Utefter de specifika problem gällande livsstil som identifieras under hälsosamtalet kan det bli aktuellt för patienten att komma i kontakt med annan profession, till exempel fysioterapeut eller arbetsterapeut.

Vi har gjort 13 Hälsosamtal. Av dessa har 5 fått utskrivet Far-recept. En patient som är diagnostiserad fetma har åstadkommit viktninskning efter hälsosamtal och utskrivet Far-recept. Ytterligare tre som varit på hälsosamtal och fått Far-recept utskrivet har sänkt sitt kolesterolvärde. Vissa parametrar har vi inte kunnat mäta då ingen patient har fått den diagnosen satt. Som tex förhöjd glukoshalt i blodet.

Att följa livsstilsrelaterade förändringar tar tid och måste ske på ett längre tidsperspektiv. Således har vi inte i dagsläget kunnat följa upp alla deltagare och inte kunnat se fulla resultat.

Vi har också i dagarna skickat ut en enkät till patienter som varit på Hälsosamtal. Där får de utvärdera resultatet och nyttan av hälsosamtalet.

Kvalitetsarbete

Vårdcentral nr	23
Rubrik:	Sjukskrivningssamtal med psykosocial resurs
Syfte: Att med ett tidigt insatt samtal hos psykosocial resurs förebygga och minska en längre sjukskrivning. Målgrupp: Patienter som sjukskrivs >14 dagar för psykisk ohälsa (F-diagnos) Metod: Följande mätparametrar utvärderas: • Antal sjukskrivningsfall med individer som varit sjukskrivna 31-60 dagar - Statistik hämtas via rehabstödet, Inera • Patientnöjdhet - Patienten fick anonymt fylla i enkel blankett med grön(nöjd) – gul(neutral) – röd(missnöjd) figur.  Tillvägagångssätt: • För de patienter där läkare sjukskrev patient mer än 14 dagar erbjöd läkare patient ett 20-minuters "sjukskrivningssamtal" med psykosocial resurs. Detta samtal bokades inom 1-3 dagar efter läkarbesök. • Samtalet hos psykosocial resurs fokuserade på beteendeaktivering, behålla struktur och dygnsrytm samt att hålla kontakt med arbetsplatsen. En skriftlig plan angående rehabiliteringsaktiviteter och förhållningssätt under sjukskrivningsperioden utformades. Broschyr "Information om din sjukskrivning" lämnades till patienten. För de patienter som haft behov av extra stöd för att förändra levnadsvanor har remiss till Hälsoenheten skrivits.	
Projektrevisning:	
Utfall: Patientnöjdhet • 9 av 10 patienter svarar att de är nöjda (grönt) • 1 av 10 patienter svarar att de varken är missnöjda eller nöjda (gult) • 0 av 10 patienter svarar att de är missnöjda (rött) Exempel på kommentarer från skattningsblankett: "Jag tycker det är en bra rutin att följa upp en sjukskrivning med ett sådant här samtal. Det hjälper nog de flesta att hamna på rätt spår från början och bli friska snabbare och på så sätt kunna koma tillbaka till arbetet och en meningsfull/normal fritid". Antal sjukskrivningsfall Då endast 10 patienter medverkat i projektet är det ett för litet underlag för att kunna dra några reella slutsatser. Med det i åtanke redovisas resultatet nedan. Antal sjukfall under projektperioden September – November 2018 jämförs med samma tidsperiod 2017.	

På grund av den korta projekttiden är det endast i gruppen ”antal sjukfall som varit sjukskrivna 31-60 dagar” som någon reell påverkan har kunnat ske och därför det enda som jämförs.

- September-November 2017: 11 sjukskrivningsfall i tidsspann 31-60 dagar.
- September-November 2018: 8 sjukskrivningsfall i tidsspann 31-60 dagar.

Således är det en minskning av antalet individer som varit sjukskrivna 31-60 dagar. Det är 3 färre sjukskrivningsfall under projektperioden än jämförelseperioden. Även om det inte går att dra några statistiska slutsatser är den sammantagna bilden att det förefaller vara ett effektivt och patientvårdande arbetssätt. Vårdcentralen fortsätter därför med arbetsmodellen under våren 2019 för att därefter göra en ny utvärdering.