

Sammanställning av patientnära medicinsk kvalitetsutveckling 2020

30 av 32 vårdcentraler har redovisat godkända kvalitetsarbeten för 2020 vilka presenteras i detta dokument. Kraven för godkännande har anpassats efter de förändrade förutsättningar som coronapandemin har medfört.

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 verksamhetschef.

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

Innehållsförteckning

1	Antikoagulantibehandling vid förmaksflimmer	3
2	Läkemedelsförskrivning och uppföljning vid kognitiv svikt.....	5
3	Bättre uppföljning av HbA1c hos patienter med diabetes typ 2.....	8
4	Inrättande av mobil vårdenhet	10
5	Effekt av tvärprofessionell arbetsgrupp på HbA1c och blodtryck hos patienter med diabetes typ 2	12
6	Effekt av egenmonitorering avseende akuta fysiska besök för patienter med KOL och/eller hjärtsvikt	14
7	Multipharma hos 25 – 49-åringar.....	16
8	Införande av akutteam.....	18
9	Minskning av opioidbehandling.....	20
10	Minskad förskrivning av olämpliga läkemedel till äldre.....	22
11	”Kom igång-träning” utomhus för patienter med diabetes typ 2	23
12	Antibiotikaförskrivning vid akut bronkit	25
13	Strategier för att sänka HbA1c hos patienter med diabetes typ 2.....	26
14	Förbättrad diagnostik av KOL.....	28
15	Minskad förskrivning av beroendeframkallande läkemedel.....	30
16	Fysisk aktivitet vid psykisk ohälsa.....	32
17	Uppstart av äldreomsorg	34
18	Långsiktiga åtgärder för att minska antalet sjukskrivningar	35
19	Förbättra kontinuiteten av hypertoni behandling för de patienter som är listade på Vårdcentralen.....	38
20	Förbättra patienternas välbefinnande med Taktil stimulering.....	40
21	Ökad fysisk aktivitet hos patienter med depressiv episod.....	42
22	Minskad förskrivning av kodein (Citodon)	44
23	Uppföljning av stigande HbA1c.....	45
24	Förbättrad uppföljning av patienter med KOL.....	46
25	Fallprevention genom fysisk aktivitet.....	48
26	Identifiera och följa upp riskbruk/skadligt bruk av alkohol	50
27	Vård och uppföljning av patienter med isolerad hypertoni	52
28	Förbättrad läkarkontinuitet för äldre multisjuka patienter	54
29	DSK-mottagning med videobesök som förstahandsval för patientgrupp med frågeställning hudexem.....	55
30	Ökad tillgänglighet till läkare med dagliga ronder	58
31	Utvärdering av digital artrosskola	61

1 Antikoagulantibehandling vid förmaksflimmer

Vårdcentral	Alvesta
Projektbeskrivning	
Enligt SBU:s rapport om förmaksflimmer från 2013 [1] behandlades då enbart 42% av förmaksflimmer-patienter med adekvat antikoagulation. Det ska nämnas att man enbart tittade på Warfarin-behandlingen, som då var det överlägset vanligast använda läkemedlet. Sedan dess har dock NOAK (Non-vitamin K Orala Antikoagulantia) introducerats i sjukvården. Patienter med nyupptäckt förmaksflimmer insätts allt oftare på NOAK. I Stockholms län har man kunnat notera, att andelen av förmaksflimmer-patienter med adekvat behandling har ökat från 47% till 58% efter introduktionen av NOAK [2]. 3.000 strokefall om året bedöms kunna undvikas i hela Sverige vid konsekvent följsamhet av socialstyrelsens rekommendationer [3]. Några av dessa i bör kunna förebyggas i Alvesta. Syftet med förbättringsarbetet är att kartlägga antikoagulans-behandlingen bland förmaksflimmer-patienter i Alvesta. Datainsamlingen ske under våren 2020 med hjälp av Medrave4. Patienter som trots diagnos inte står på antikoagulansbehandling identifieras. Läkarna tar under 2020 ställning till behovet av antikoagulantia baserat på CHA2DS2-VASc-Scoren. Vid behov kallas patienterna in på besök. Efter att alla patienter har bedömts och det har tagits ställning till adekvat behandling jämförs siffrorna under hösten 2020. Kvalitetsarbetet leder till en kvalitetssäkring av läkemedelsbehandlingen av förmaksflimmerpatienter på VC Alvesta och minskar underbehandlingen genom att identifiera patienter och sätta in behandling där det har tidigare missats. Källor: 1. Förmaksflimmer. Förekomst och risk för stroke; Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). 2013. 2. Forslund T, von Euler M, Johnsson H et al; Fler med förmaksflimmer får antikoagulantia sedan NOAK kom. Läkartidningen. 2015;112:CZYS. 3. Friberg L, Rosenqvist M; Antikoagulantia till fler kan förebygga många strokefall; Läkartidningen. 2015;112:DIMU.	

Projektrevisning

Den initiala Datainsamling skedde 20200606 med hjälp av Medrave4.

Under 2018/2019 fick 232 patienter som var listat på VC Alvesta diagnosen I48 förmaksflimmer. Alla åldrar och bägge kön inkluderades. Avlidna och flyttade patienter räknades inte med.

Det visar sig att redan innan förbättringsarbetet behandlades 90% av dessa patienter med NOAK eller Waran, således betydligt fler än de 42% som konstaterades i SBU rapporten.

Vi analyserade således individdata av 24 patienter. 10 av patienterna var kvinnor, åldern var i genomsnitt 80,5 år (61-93).

8 Patienter: Har antikoagulantia (Klexane, eller Apodos, Eller blivit insatt på Eliquis jan-mars 2020). Dess patienter har således en pågående antikoagulansbehandling.

8 Patienter: Ingen Antikoagulantia, vid journalgenomgång → antingen låg chadsvasc, hög hasbled eller fel diagnos som har reviderats efter det. Dessa Patienter uppfyller således inte kriterierna för antikoagulantibehandling och har rätt behandling.

Resterande 8 görs individuell bedömning av läkarna och indikation/pågående behandling granskas.

2 Läkemedelsförskrivning och uppföljning vid kognitiv svikt

Vårdcentral	Kungshögen				
Projektbeskrivning					
Bakgrund: I Sverige beräknas ca 150 000 personer ha kognitiv svikt-diagnos. I första hand rekommenderar Socialstyrelsen basal utredning i primärvården. I 2016 hade en fullständig basal utredning i Region Kronoberg gjorts hos 84% av alla med kognitiv svikt-diagnos, Endast 1,5% av alla äldre än 65% i Region Kronoberg behandlas med läkemedel mot kognitiv svikt, vilket är den tredje lägsta siffran i Sverige [1]. Syfte: Kartlägga utredning av kognitiv svikt och dess läkemedelsförskrivning och -uppföljning för att kunna optimera handläggningen av dessa patienter. Metod: Söka upp patienter listade på VC Kungshögen med kognitiv svikt-diagnos via Medrave och via en journalgenomgång gå igenom utredning, och om insatt på läkemedel mot kognitiv svikt, kartlägga dess uppföljning. Källa: [1] Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.					
Projektredovisning					
Via MedRave inhämtades personuppgifter på patienter med kognitiv svikt-diagnos. Följande parametrar inhämtades; utförd DT-hjärna, blodprovstagnig (TSH, Calcium och homocystein alt kobalamin och folat), antalet patienter som har/har haft acetylkolinesterashämmare/glutamatantagonist, uppföljning av dessa läkemedel. Vidare har ST-läkargrupperna på VC Kungshögen och VC Sländan okt -20 informerats om vad som ingår i en basal utredning och vilka indikationerna är för läkemedelsinsättning enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Gruppen har också haft diskussioner kring läkemedelsuppföljning och -utsättning. [1] Resultat: 65 patienter med kognitiv svikt-diagnos. Under arbetets gång exkluderades 13 patienter (avliden n=3, vårdcentralbyte n=2 och feldiagnos n=8). Basal utredning utfördes hos 53% (28/52; saknar rekommenderade blodprover n=24, saknar DT-hjärna n=6). 38% (20/52) har erbjudits acetylkolinesterashämmare/glutamatantagonist. Av patienterna med pågående behandling (n=9) så har fyra patienter planerat uppföljning av läkemedel medan fem patienter inte har någon planerad uppföljning. [2]					
Patient	Diagnos	Läkemedel	Läkemedelsstart	Uppföljning enl journal	Åtgärd
1	Demens UNS	Donepezil	20171221	Uppföljning av ssk efter ett år (nov 2018), därefter ingen uppföljning.	Sept -20 MMSE-SR 19 av 30 poäng (jfr m 21 av 30 poäng i samband med insättning), klocktest 4 av 4 poäng och anhörigankät från dotter gjordes. Pat lever ett relativt självständigt liv på SÄBO. Behåller behandling med inplanerad årlig läkemedelskontroll.

2	Demens UNS	Donepezil	20150204	Ingen planerad uppföljning.	Diskussion med sjuksköterska i hemsjukvården och patientens dotter. Pat tilltagande konfusorisk och klarar inte längre av ADL. Utsätts och ingen förändring har noterats 3 veckor efter utsättning.
3	Demens UNS	Rivastigmin	20161220	Tidigare följts av äldrepsyk men ingen uppföljning på VC.	Diskussion med sjuksköterska i hemsjukvården. Lever ett självständigt liv i eget boende och får endast hjälp med att handla. Fortsätter med behandlingen och årskontroll inplanerad är inplanerad.
4	Demens UNS	Donepezil	20200305	Biverkningskontroll telefonledes efter 1 månad, därefter ingen uppföljning.	Ansvarig läkare har efter studiens start planerat att anhörig till patientens ska höra av sig när kommunala insatser har startat (okt 2020).
5	Demens UNS	Donepezil	20140203	Planerat för en månadskontroll som inte blev av.	Läkemedel sattes ut pga mycket begränsad förmåga till ADL men 2 veckor efter utsättning upplever ssk på SÄBO att patienten har slutat äta själv varför läkemedlet återinsätts. Inplanerad årlig läkemedelskontroll.

Numera har samtliga nio personer som står på acetylkolinesterashämmare och/eller glutamatantagonist journalförd planering för uppföljning av behandlingseffekt. Generellt finns lite information och evidens om hur uppföljning och utsättning av dessa läkemedel bör göras men genom att informera kollegor och föra en diskussion om basal utredning, indikationer för behandling, uppföljning samt indikationer för utsättning är förhoppningen att handläggningen av patienter med kognitiv svikt blir mera enhetlig utefter Socialstyrelsens rekommendationer. [1]

Källa:

[1] Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.

[2] Janusinfo. Demens (kognitiv sjukdom). Stockholm: Region Stockholm; 2020.

3 Bättre uppföljning av HbA1c hos patienter med diabetes typ 2

Vårdcentral	Lagan
Projektbeskrivning	
<u>Bakgrund:</u> Sedan 2018 har bristande tillgänglighet och kontinuitet till diabetessköterska gjort att kontroller och patienternas vård blivit eftersatt. Under våren, när vi fått möjlighet att kunna få bättre kontinuitet med diabetessköterska på plats, kom Corona och ställde till svårigheter att ge patienter besök. <u>Syfte:</u> Målet är minska risken för komplikationer på sikt med hjälp av bättre kontroll av patientens diabetes, mätt som HbA1c, som förväntas förbättras med interventionen. <u>Metod:</u> Vi startar med att identifiera diabetespatienter under 70 år med typ 2 diabetes och ett HbA1c på över 60 via Medrave. Härefter ger vi patienterna möjlighet att på ett patientsäkert sätt ha kontakt, genom Skype och telefon när så är möjligt, besök när det behövs och ta prover tätare om så krävs samt medicinera mer intensivt för en bättre kontroll på patientens diabetes, mätt som HbA1c. Som uppföljning kontrolleras om HbA1c förbättrats. <u>Nuläge:</u> För diabetespatienter under 70 år saknar 5 värden, 14 har ett HbA1c över 70 och 14 patienter har HbA1c mellan 60-70.	
Projektredovisning	
Med hjälp av Medrave identifierades 2020-06-30 28 patienter under 70 år med Diabetes typ 2 som hade HbA1c över 60mmol/mol. En patient förekom 2 gånger, både med A-nummer och med personnummer. Två patienter hade listat om sig till annan vårdcentral. Två patienter var remitterade till njurmedicin pga njursvikt och sköttes via medicinkliniken. Detta gör att det blev 23 patienter kvar som följdes via vårdcentralen Lagan. Av dessa 23 hade 14 över 70mmol/mol i HbA1c och 9 mellan 60-70 Mål: Förbättring av HbA1c (men helst komma under 60 i HbA1c) Insatser: Dessa patienter prioriterades och bokades in till Diabetesmottagningen. Vissa följdes därefter även via regelbundna telefonkontakter. Motiverande samtal till livsstilsförändring samt optimering av diabetesmedicinering. Tre av patienterna med de högsta värdena bokades även till läkare under perioden.	

Resultat:

Av de sammanlagda identifierade 23 patienterna med HbA1c över 60 hade 8 patienter nått målet under 60 i HbA1c . Ytterligare fem hade förbättrat sitt Hba1c även om de inte helt nått målet. (ännu..!)

Fem patienter hade blivit ombedda att lämna nytt prov men inte hörsammat detta och kunde därför inte utvärderas.

Fem hade försämrade sitt Hba1c trots insatser vilket visar att detta är en sjukdom som förutsätter även patientens egen vilja och kraft till förändring.

Patienter som inte hade något värde senaste året:

En hade haft höga blskr värden i samband med kortisonbehandling efter hjärttransplantation (nu bra glukosvärden)

Två befinner sig inte i Sverige

En har avbokat två besök till diab mott

En vill ej lämna venprov av rädsla för tromboflebit, blivit erbjuden att ta blskr kapillärt på sjukhuset men inte gjort detta.

Två kallas till diab mottagningen varav en låg mellan 60-70 i HbA1c

Diabetessköterskans egen reflektion:

Vårdcentralen Lagan hade inte haft en diabetessköterska på ett tag och väntelistan med patienter var lång och svåröverskådlig. Detta projekt innebar att jag med hjälp av Medrave kunde identifiera de patienter som behövde prioriteras. Personligen var det även inspirerande att på ett mätbart sätt se att olika insatser hade effekt på patienternas HbA1c och därmed ge förutsättningar för minskad risk för komplikationer i framtiden.

Jag känner mig nyfiken och motiverad att använda mig av Medrave även i fortsättningen i mitt arbete som diabetessköterska.

4 Inrättande av mobil vårdenhet

Vårdcentral	Läkarhuset i Ljungby
Projektbeskrivning	
Problemområdet: skapa ökad tillgänglighet och säker vård. Att underlätta för patienter som har svårt att ta sig på ett säkert sätt till vårdcentralen. Mål: provtagningar, såromläggningar diverse primärvårdsåkommor som vi löser genom att komma ut till patienterna istället för tvärtom. Åtgärd: Mobil enhet Ombyggd lätt lastbil som konverterats till mobil Vårdenhet som med sjuksköterska bemanning åker till knutpunkter i olika byar, mindre samhälle eller i stan. Enheten ersätter bla filialverksamhet Utrustning Den mobila enheten ska vara inredd för: blod och urinprovstagning, katetervård, blodtryck, vikt , puls, sao2, PEF, minispirometer, sårvård, injektionsgivning, inhalations instruktion och öron spolning Process: Patienter erbjuds mobil enhet vid svårighet- hälsorisk att ta sig till vårdcentralen när de bokar sin tid via teleQ/ kända patienter rings upp när rutt i deras närområde är planerad för att utföra tex provtagning. Uppföljningar efter tex provtagning sker som läkar/ specialist sköterskebesök på distans. Utvärdering: Alla besökare får under testperioden fylla i en enkät angående hur de upplever att kunna få denna service på hemmaplan och angående hur de upplever själva besöket. Antalet besök räknas samman och enkäterna sammanställs efter test perioden. Bilaga 1 Dina synpunkter inför och efter dagens besök i mobila Läkarhuset Ringa in det svar som stämmer med din uppfattning och ge gärna kommentarer. Vi tackar på förhand för att du hjälper oss att utveckla Läkarhusets vårdtjänster. 1. Vilken var din reaktion när du erbjöds besök i närheten av din bostad? Positiv Negativt Kommentar:..... 2. Har ditt besök motsvarat det vårdbehov du hade? JA NEJ Kommentar:..... 3. Vad tycker du om att slippa åka till vårdcentralen.	

Bra

Dåligt

Kommentar.....

4. Kommer du att vilja besöka mobila Läkarhuset vid framtida liknande vårdbehov?

JA

NEJ

Kommentar:.....

5. Skulle du rekommendera ett besök till mobila läkarhuset till en vän?

JA

NEJ

Kommentarer:.....

Projektredovisning

Den 14/10 var mobila enheten parkerad utanför Icaaffären på respektive ort Ryssby och Agunnaryd. Åtta personer var förbokade från båda orterna mellan klockan 08–17. Under dagen spontanbokade sig tre personer i Ryssby. Vårdaktiviteterna som utfördes var sju FSME-vaccinationer, åtta provtagningar, sju puls och blodtryckskontroller där samtal för livsstilsfrågor ingick samt en bedömning av hudförändring. Flera av patienterna hade flera vårdåtagande.

Sammanlagt antal patienter som nåddes av projektet var 19, antalet enkäter som delades ut var 18. Ett bortfall på grund av att jag missade ge deltagaren enkäten.

Sammanställda enkätsvar. Se bilaga för enkätfrågorna:

1.Svar: Ja, 18 st. Kommentarer från tre deltagare: 1.Närheten, duktig personal. 2. Bra ide i dessa Coronatider.3.Fantastiskt.

2. Svar: Ja 18 st. Kommentarer från två deltagare: 1.Bättre, smidigt. 1.Mycket bra.

3. Svar: Bra 18 st.

4. Svar: Ja 18 st.

5. Svar: Ja 18 st

Sammanfattningsvis var personerna som besökte mobila Läkarhuset nöjda med vården som gavs och att den kom till deras hemort. De var villiga att använda denna vårdform igen och de skulle även rekommendera andra att göra det.

Organisatoriskt var dagen marknadsförd genom massmedia, läkarhusets hemsidor och affärernas egna informationsforum via samarbete med affärernas chefer. Cosmic var mobilt anpassat med RSA dosa och bärbar dator. Patientflödet fungerade Corona säkert tack vare förbokning och att tillgång fanns till både förtält och stor parkeringsplats. Hygienen fungerade eftersom tillgång fanns till handtvätt, handsprit, yt-desinfektion och personlig skyddsutrustning. Arbetsmiljö och patientsäkerhet fungerade då lokal och utrustning hade anpassats till dagens verksamhet. Personalbemanningen var två personer, en distriktsköterska som utförde vårdarbetet och Kronobergshälsans VD som stod för den tekniska delen och oförutsedda händelser som tex att hantera spontanbokningarna på ett Corona säkert sätt.

Den 12/11 kommer två distriktsköterskor att åka till båda orterna för årets influensavaccinering. Bokning för denna dag pågår.

Föreningsmöte som speglar Ryssbys befolkning är inbokat med syfte att utröna hur befolkningen vill använda denna mobila tjänst. Liknande möte kommer att planeras i de närliggande småorterna under vintern.

5 Effekt av tvärprofessionell arbetsgrupp på HbA1c och blodtryck hos patienter med diabetes typ 2

Vårdcentral	Skärvet
Projektbeskrivning	
Typ 2-diabetes är en vanlig sjukdom, både i landet som helhet och bland våra listade patienter på Skärvet. Behandling är viktig för att minska risken för allvarliga följsjukdomar. Utöver en god blodsockerkontroll behöver man även behandla höga blodtryck och kolesterolvärden, liksom uppmuntra till rökstopp, ökad fysisk aktivitet och hälsosammare kost. I ett försök att skapa en nationellt likvärdig diabetesvård har Socialstyrelsen tagit fram indikatorer med målvärden. Dessa indikatorer talar om för oss i sjukvården vad vi bör prioritera i vårt arbete med diabetespatienter. För att nå målvärdena har vi på Skärvet nyligen satt ihop ett tvärprofessionellt diabetesteam. Syftet med kvalitetsarbetet är att utvärdera om diabetesteamet kan bättra 3 av dessa indikatorer på gruppnivå: andel patienter med HbA1c <52, andel patienter med blodtryck <140/85 och andel patienter med registrerat fotstatus. Det kommer att ske en baslinjesmätning i Medrave och arbetet kommer sedan bedrivas dels genom generella insatser på vårdcentralen, t.ex. internutbildningar på APT och läkarmöten, dels genom specifika insatser för enskilda patienter som identifieras via Medrave. Det sker sedan en slutmätning och utvärdering.	
Projektredovisning	
Syfte Syftet med projektet var att utvärdera om arbetet i en helt nystartad tvärprofessionell grupp av läkare, diabetessköterskor, och så småningom även fotvårdare, skulle kunna förbättra tre målvärden hos våra diabetespatienter: blodtryck <140/85, HbA1c <52 samt andelen patienter med ett registrerat fotstatus i journalen.	
Metod Gruppens arbete har bl.a. bestått av diskussioner om behandling, genomgång av Medrave-listor för patienter med dåliga värden, samt diskussion om journalföring. För att undersöka de tre målvärdena använde vi Medrave för att hämta ut statistik. Projektet startade 2020-02-13, och avslutades 2020-10-30, ca 8,5 mån senare. Vi hämtade därför ut statistik för projektperioden och jämförde med den period om 8,5 mån som föregick projektet (2019-07-01 till 2020-02-13), här kallat baslinjesmätning.	
Resultat Vid baslinjesmätningen identifierade Medrave 364 pat som varit aktuella under föregående period om 8,5 mån. Vid projektets slut fann Medrave att 346 pat hade varit aktuella under projektperioden. Jämförelsen av resultat från mätningarna redovisa nedan i Tabell 1.	

Tabell 1. Skillnad i målvärden mellan de två jämförda perioderna

Målvärde	Baslinjesmätning (n=364) 2019-07-01 -- 2020-02-13	Uppföljande mätning (n=346) 2020-02-13 -- 10-30
Blodtryck <140/85 mmHg	163 pat (45 %)	133 pat (39 %)
HbA1c <52 mmol/L	135 pat (37 %)	149 pat (43 %)
Fotstatus registrerat i journal	50 %	41 %

Jämfört med den första perioden såg vi vid uppföljningen en lägre andel patienter med blodtryck inom målvärdet och med registrerat fotstatus. Däremot sågs en ökning av andelen patienter med HbA1c inom målvärdet.

Diskussion

Eftersom teamet endast hann med två träffar innan corona-pandemin bröt ut, samt en träff nu i oktober, är det svårt att hänföra skillnaderna i målvärden till teamets arbete. Värdena kan lika gärna stå för slumpen. Eftersom teamet ska bestå, och förhoppningsvis kunna förbättra och utveckla sitt arbetssätt, blir det dock intressant att göra om mätningen om ett år, och även senare i framtiden.

6 Effekt av egenmonitorering avseende akuta fysiska besök för patienter med KOL och/eller hjärtsvikt

Vårdcentral	Sländan
Projektbeskrivning	
Syfte: Förbättra måendet och minska behovet av akuta, fysiska besök på vårdcentral och akutsjukvården för KOL- och eller hjärtsviktpatienter. Metod: Via Medrave identifierades patienter som sökt med KOL- och eller hjärtsvikt upprepade gånger på vårdcentralen eller akuten och/eller varit inlagda enligt datum ovan. Dementa (de som inte bedömdes ha möjlighet att klara av utrustningen) och de som tidigare visat dålig compliance enligt journalanteckningar exkluderades. Läkare kontaktade de utvalda patienterna med erbjudande att delta i studien. Därefter träffade deltagarna läkare och sjuksköterska i sambesök på vårdcentralen. Sjuksköterskan åkte sedan ut och introducerade utrustningen. De fyra patienter vi fick med är lindrigt till ganska svårt multisjuka. Tyvärr kunde vi inte ta in fler patienter på grund av Covid-19. Egenmonitorering skedde i ett projekt där en ansvarig läkare och sköterska följde patienter med KOL –och/eller hjärtsvikt via hemmonitorering. Patienten tar blodtryck, puls, syrgasmättnad, vikt och temp dagligen och sänder dem tillsammans med svaren på ett kort frågeformulär i den portal som finns upprättad för projektet. Sköterskan får där daglig rapport och kontaktar patienten direkt vid behov. En gång per vecka går läkare och sjuksköterska tillsammans igenom patienterna för att optimera behandling utifrån givna svar och vitalparametrar. Sköterska hade veckovis skypemöte med patienten för att stämma av läget. Innan projektstart har patienternas sökhistorik vad gäller fysiska besök hos sköterska och läkare klarlagts och kommer att jämföras med antalet fysiska besök hos läkare eller sköterska under tiden projektet löper för att kunna utvärdera effekten av arbetssättet. Efter utvärdering kommer om möjligt ett förslag att utarbetas hur man skulle kunna utforma egenmonitorering utifrån vårdcentralens befintliga resurser för att förbättra vården kring hjärtsvikts- och KOL-patienter.	
Projektredovisning	
Resultat Projektet genomfördes i enlighet med projektplanen ovan. Under projektet som löpte mellan feb till juli har ingen av deltagarna haft några vårddygn på sjukhus eller besök på akuten. Inga besök alls angående KOL eller hjärtsvikt i öppen- eller slutenvården. I övrigt 2 besök/årskontroller totalt under perioden som projektet löpte. Besöken hade planerats in tidigare för andra sjukdomar. Patienterna skattade sitt mående högre i slutet av försöket när de var välinställda och fått ökade kunskaper om sina sjukdomar. 3 av 4 önskade att projektet skulle fortsätta. Den patienten med minst besvär ansåg sig må så bra att hon inte upplevde att hon skulle ha nytta av vidare kontinuerlig kontakt. När man ser på sökmönstret efter avslutad studie ser man att vårdkonsumtionen är fortsatt låg. Inga besök finns registrerade i slutenvård eller öppenvård gällande KOL eller hjärtsvikt utan endast 1 kontroll för andra sjukdomar samt en bedömning av hudbesvär vid journalkontroll 2020-11-02.	

Lärdomar och förslag till förbättring

Efter utvärdering kan man se att patienterna har haft nytta av sättet att jobba proaktivt med deras kroniska sjukdomar. Det verkar också som effekten är varaktig med minskat antal besökt totalt och inga besök för KOL eller hjärtsvikt, vilket troligen har med att patienterna fått utbildning i sina sjukdomar och vet hur och när de ska justera sin behandling för att undvika exacerbationer. Initialt krävdes mycket tid/arbete för att ställa in patienternas behandling vilket även fungerade som utbildning för patienterna. Formen med möjlighet till tät kontakt gjorde det lättare att ställa in medicineringen då man fick snabb återkoppling via formulär och vitalparametrar på gjorda insatser. Man skulle därefter kunna glesa ut kontakten när patienten var välinställd och utbildad. Under studien visade det sig att det formulär som patienterna fyllde i samt blodtryck och vikt var de parametrar som påverkade behandling. Övriga mätvärden (temp och Pox) gav liten klinisk nytta där det även fanns återkommande problem med felkällor. För att främja kontinuitet är det bra om läkaren har ett helhetsansvar för patienten för att kunna ta hand om andra besvär som patienten har. Om man inte väljer att köpa in tjänsten och material som användes i studien skulle ett alternativ kunna vara:

- Skapa ett formulär för KOL och eller Hjärtsvikt i 1177 som går att fylla i för patienten efter inloggning med Bank ID och möjligt att läsa av för personal på vårdcentralen. Där skulle de även kunna föra in sina vitalparametrar enligt intervall som man kommit överens om.
- Videobesök kan bokas via Cosmic
- Patienten själv kan införskaffa en våg och blodtrycksmätare och fylla i värdena manuellt i 1177
- Ett upplägg där man jobbar mer intensivt med ett antal patienter under en period för att sedan glesa ut kontakten när patienten är stabil och välinställd/informerad. Målet är att patient själv ska veta när hen behöver justera sin medicin för att undvika exacerbation av sin kroniska sjukdom. Man kan sedan ta in en ny grupp patienter. Arbetet kräver mycket resurser initialt ffa för sköterskan.
- Frågor som behöver lösas är gränsdragning jämt mot slutenvården, vem har ansvar för vad och vilken typ (nivå på sjukdom) ska höra till primärvården respektive slutenvården. Om primärvården avlastar slutenvården och jobbar mer aktivt/lägger mer resurser kommer då medel att flyttas över från slutenvård till primärvård?

7 Multipharma hos 25 – 49-åringar

Vårdcentral	Achima Care Växjö
Projektbeskrivning	
Projekt för 2020 = Multipharma åldersgruppen 25 - 49 år Vi upptäckte att vi hade många patienter i åldersgruppen 25 - 49 år med många läkemedel på sin läkemedelslista. Vi har valt ut att gå igenom och granska de patienter som har fler än 5 läkemedel på sin läkemedelslista i åldersgruppen 25 – 49 år både män och kvinnor Statistiken tar vi fram via Medrave och följer upp resultatet månadsvis. Vid bokningar och receptförnyelse skriver sköterskan en liten notering i bokningen om patienten har fler än fem läkemedel så läkaren kan gå igenom och uppdatera/revidera läkemedelslistan. Läkaren sätter ut ej aktuella mediciner och tar bort olämpliga läkemedel. Vi följer Regionens rekommenderade läkemedel för 2020, all personal har fått de nya läkemedelshäftena. Vi byter ut icke rekommenderade läkemedel till regionens rekommenderade läkemedel i möjligaste mån Idag 2020-02-14 är det 450 patienter hos oss i åldersgruppen 25 – 49 år som har mer än 5 läkemedel på sin läkemedelslista. 306 (68 %) av dessa är kvinnor och 144 (32 %) är män Slutresultatet redovisas skriftligt senast 2020-11-30	
Projektredovisning	
Vi började med att ta fram statistik i Medrave och även i Qlickview Uppstart av projektet var 1/3 2020 De inställningar som användes var: Rapportinställningar i Medrave • Multifarma/översikt • Alla patienter oavsett besök • Minst 5 läkemedel • Inställningar Medrave • Tidsperiod: 2020-03-01 till 2020-11- 15 • Ålder: vald åldersgrupp 25-49 år • Demografi: Bägge kön • Listning och urval: yrkesgrupp – alla • Vårdutförare – alla • Patienter: Alla listade på VC I Qlickview sökte vi via vårdval listning/listade per ålder och kön	

Hur vi arbetat:

Vi började med att informera alla om vårt projekt på APT.

Togs även upp som påminnelse på Läkarmöten och Sjuksköterskemöten.

När patienten bokades in på ett läkarbesök gjordes ett OBS! i bokningsunderlaget om patienten hade mer än 5 läkemedel. Även vid receptförnyelse via telefon tillfrågades patienterna om något av läkemedlen ej var aktuellt längre. Läkemedelslistorna reviderades och enbart de läkemedlen som var aktuella låg kvar på läkemedelslistan

Vid uppstart den 1 mars var det totalt **458 personer** som hade mer än 5 läkemedel på sin läkemedelslista, av dessa var **308 kvinnor och 150 män**

Vid projektets redovisningsdag den 15 november 2020 var det totalt **477 stycken** personer, av dessa var det **312 kvinnor och 165 män** i åldrarna 25-49 år som hade 5 läkemedel eller mer.

Under mätperioden har patienter i åldersgruppen listat av och på sig. Vid start 2020-03-01 var det totalt 1671 personer listade i åldersgruppen 25-49 år enligt statistik i Qlickview 2020-02-29. Vid redovisningsdagen var det totalt 1861 personer i åldersgruppen 25-49 år enligt utdrag från Qlickview

Vi tycker att vi har lyckats bra med projektet trots rådande omständigheter med Coronapandemin. Vi kommer fortsätta se över våra patienters läkemedelslistor och revidera dem vid behov.

8 Införande av akutteam

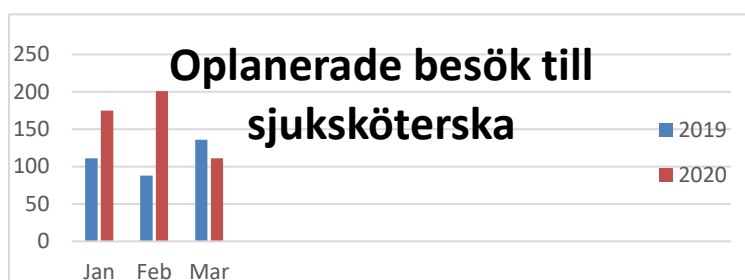
Vårdcentral	Birka
Projektbeskrivning	
Ansvariga för projektet: Annelie Törnblom och Cecilia Suran Bakgrund: Akuta och oplanerade patienter kan inte tas emot och erbjudas tid pga för få akuta tider till dsk samt tillgång för konsultation till läkare. Mål: Fler bokningsbara besök till dsk för akuta och oplanerade patienter. En läkares tidbok obokad. Hur: Uppstart av ett akutteam bestående av sjuksköterska som har avsatta 15 minuters tider i egen tidbok samt administrativ tid, en undersköterska avsatt, samt en läkare avsedd för konsultation. Akutteamet tar hand om: • akuta patienter som bokas via TeleQ samma dag • obokade patienter som kommer till VC • patienter som kommer till VC med ambulans • ärende som kommer via Mina vårdkontakter • fungerar som konsult för övrig personal Sjuksköterskan bedömer alla inkommande fall. Undersköterskan utför nödvändiga lokala analyser omgående. Läkare konsulteras i utvalda fall. Metod: Antal oplanerade besök till sjuksköterskor på VC tas ut månadsvis via Medrave och jämförs med statistik före uppstarten av akutteamet. En läkares tidbok avsätts för akutteamet i Cosmic dagligen.	
Projektredovisning	
Tillvägagångssätt Ett akutteam tillsattes bestående av en sjuksköterska, en undersköterska samt en läkare. Skriftliga rutiner skapades. Akutteamet arbetade tillsammans under en hel dag och hade avstämning tillsammans 2 gånger dagligen. Akutsjuksköterskan hade avsatta 15 minuters bokningsbara tider i egen tidbok där tele-q ssk kunde boka in oplanerade akuta patienter. Läkare och undersköterska hade helt tomma tidböcker.	

Akutteamet tog hand om:

- akuta patienter som bokades via TeleQ samma dag
- obokade patienter som kom till VC
- patienter som kom till VC med ambulans
- ärende som kom via Mina vårdkontakter
- fungerade som konsult för övrig personal

Sjuksköterskan gjorde en första bedömning och eventuell åtgärd och behandling. Läkare konsulterades i utvalda fall. Undersköterskan utförde nödvändiga lokala analyser omgående.

Utfall



Antalet oplanerade besök till sjuksköterska har tagits ut via Medrave:

Januari – mars 2019 bokades det in 335 oplanerade besök

Januari - mars 2020 bokades det in 487 oplanerade besök

Resultat

Det vi kunde se utifrån utfallet var att tillgängligheten ökade med 152 fler oplanerade besök än under samma månader året innan. Under mars månad 2020 började pandemin ta fart därav det låga antalet besök. Akuta/oanmälda patienterna fick tid samma dag och behövde inte vänta på behandling eller söka vård någon annanstans. Läkarna upplevde en lugnare arbetsmiljö och fick mer tid över för administrativa arbetsuppgifter. All personal visste vem de skulle vända sig till samt att de fick hjälp omgående med sina frågor.

Oavsett hur många oplanerade besök som kunde tas om hand, var den allmänna uppfattningen att akutteamet gav stora sekundära vinster som trygghet i personalgruppen, lugnare arbetsmiljö och tillit till akutteamet. Patientflödet blev bättre, patienten slapp slussas runt mellan sjuksköterska, läkare, labbet och patienten fick den vård den behövde samma dag.

På grund av pandemin med Covid-19 kunde akutteamet endast vara igång under några månader under 2020. Då vinsterna med akutteamet ändå var så stora har vi som ambition att sätta igång med akutteamet igen så snart pandemin klingat över. I och med att digitala tjänster för våra invånare har införts mer och mer för att öka vår tillgänglighet kan en webbtidbok för akuta besök vara något för akutteamet att prova i framtiden.

9 Minskning av opioidbehandling

Vårdcentral	Hälsocentralen Falken
Projektbeskrivning	
Rubrik: Minska på opoidanvändning genom individuliserad behandling. Bakgrund: Vi har noterat att flera av våra patienter har långtidsbehandling av opioider. Vi har sedan tidigare förskrivit mindre förpackningar och med endast 1 uttag, men upplever inte att förskrivningarna på opioider har minskats. Syfte: Minska opioidförskrivningar. Få ett strukturerat sätt att arbeta för de patienter som har förskrivningar av opioider. Projektet ska inte leda till försämrade smärtstillande behandling. Metod: Medrave samt ClicView. Där vi hittar patienter som fått utskrivna recept för opioider mellan 190301-200301. Aktuella patienter kommer få informationsbrev hemskickat kring projektet och opioidbehandling. När patienterna ringer för att förnya sitt recept av opioid, kommer utvärdering av behandlingen göras av den sjuksköterska som tar emot samtalet. Kommer finnas mall för frågor till tjänstgörande sjuksköterska. Svar analyseras på rond 1g/vecka. Tider till läkare kommer prioriteras till patienter för diskussion kring opioidbehandling. Vi kommer att jämföra antal recept som skrevs under november 2019 med november 2020. Fysioterapeut kommer att engageras vid behov och tider kommer prioriteras. Patienter på särskilt boende exkluderas från projektet. Mål: Färre förskrivningar av opioider. Risker: Det finns oro att projektet inte kommer ge resultat då tiden för projektet kan vara för kort. Patienten kan behöva längre tid för att acceptera att behandling minskas eller sätts ut. Men då vi ser stora vinster med detta projekt, har vi ändå bestämt att genomföra det projektet.	

Projektredovisning

Information om Hälsocentralen Falken:

Hc Falken är en privat, icke vinstdrivande vårdcentral med ca 2000 patienter. Vilket inkluderar listade kronobergare, utomlänspatienter samt asylsökande flyktingar. Hälsocentralen har 2 stycken fasta läkare, varav den ena på deltid.

Beskrivning:

Enligt Medrave har 49 stycken patienter en/flera opioider utskrivna 2019 utav dessa var 41 stycken aktuella för projektet. 8 stycken exkluderades ur projektet då de hade fått opioider endast en gång eller var behandlande pga smärta vid cancersjukdom. Patienter som inkluderades i projektet fick ett informationsbrev kring projektet (bilaga 1) och broschyr "Att sluta med opioider" hemskickat. När patienterna sedan ringde för att förnya sitt recept ställdes frågor och behandling utvärderades utifrån en mall (bilaga 2), svaren från mallen analyserades varje vecka. De patienter som önskade förändra sin behandling bokades till läkare och/eller till fysioterapeut.

Svårigheter:

Vi fick inte tag på alla patienter då de hade flyttat och vi fick brevet tillbaka. En del patienter reagerade med ilska i telefonen. Med tanke på pandemin ville vissa patienter avvakta med läkarbesök och/eller fysioterapeut tills pandemin lugnat ner sig. Vid läkarbesöket försökte en del öka sin opioidbehandling istället för att minska. Pga hög belastning i telefonen har troligen vissa patienter missats att tillfrågas kring opioidbehandling.

Måluppfyllnad:

Målet var att jämföra utskriva opioidrecept november 2019 och 2020, men vi ändrade månad till oktober pga redovisning skulle skickas 30/11. Jämförelse visade att oktober 2019 skrevs 25 stycken opioidrecept och oktober 2020 endast 9 stycken opioidrecept. Resultatet var chockande så vi började då titta på DDD och jämförde oktober 2019 med 2020. Under oktober 2019 skrevs 319,3 DDD för förskrivning och 2020 184 DDD för förskrivning, vilket visar att patienter har minskat sin opioidbehandling.

Tolkning av resultat:

Det är inte alla som har inkluderats i projektet som har förnyat sina recept under projekttiden. Vi har fått nya patienter med omfattande opioidbehandling som inte var inkluderade i projektet eftersom dom flyttade in under projekttiden. Vi är förvånade över resultatet, kan väl av månad påverkat resultatet. Vi tror dock att våra patienter som inte varit beroende tar nu opioider endast vid särskilda tillfällen eller slutat helt. Vi tror att genom informationsbrevet och broschyren har patienten uppmärksamats risker med långvarig opioidbehandling och tagit beslut själva utan kontakt med hc falken. Vi har haft 2 stycken patienter som vi hade en planerad nedtrappning och med kontinuerlig telefonkontakt med läkare.

Förbättringsområde:

Vi ser positiva resultat av projektet och kommer upprepa liknande koncept efter ett par år för att fånga nya patienter med långvariga opioidbehandlingar.

10 Minskad förskrivning av olämpliga läkemedel till äldre

Vårdcentral	Moheda																					
Projektbeskrivning																						
Vid genomgång av våra nyckeltal har ett värde stuckit ut. Olämpliga läkemedel till äldre. VC Moheda serverar en äldre befolkning. Enligt socialstyrelsens rapport ”Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre – kartläggning och förslag till åtgärder” blir i Sverige varje år ca 35.000 äldre så sjuka av sina läkemedel att de måste ha sjukhusvård. Cirka 60% av sjukhusinläggningarna ska gå att förebygga. Med tanke på populationen i Moheda är det värdefullt att minska förskrivandet av olämpliga läkemedel till äldre. Även doseringen av läkemedel är ett utvecklingsområde som i så fall måste hanteras senare. 2018 har andelen patienter ≥ 75år på enheten som har hämtat ut något olämpligt läkemedel de senaste 3 månader legat på 2,1 %, 2019 har den stigit till 5,2%. Med hjälp av Medrave görs en analys av receptförskrivning utanför Pascal på patienter ≥ 75 år. Under 2020 kallas patienterna på ett läkarbesök/distansbesök med läkemedelsgenomgång. Eventuellt tas hjälp av en apotekare. Syftet är att minska användningen av olämpliga läkemedel. Slutet på 2020 kan vi förhoppningsvis påvisa en sjunkande siffra.																						
Projektredovisning																						
Med hjälp av Medrave har vi tagit fram en lista över patienter ≥ 75år som har fått utskriven olämpliga läkemedel under 2019. Efter att vi har tagit bort dubletter så är det 50 patienter. Bara ett flertal patienter har flera olika olämpliga läkemedel. 2 av patienterna har HSV och kommer tas upp på rond.																						
<i>LM med betydande antikolinerga effekter</i>	<table><tr><td>G04BD</td><td>6</td></tr><tr><td>N05BB01</td><td>3</td></tr><tr><td>N06AA</td><td>9</td></tr><tr><td>TRAMADOL</td><td>N02AX02</td><td>1</td></tr><tr><td>PROPIOMAZIN</td><td>N05CM06</td><td>5</td></tr><tr><td>KODEIN</td><td>N02AJ06</td><td>28</td></tr><tr><td></td><td>R05DA04</td><td>2</td></tr><tr><td>GLIBENKLAMID</td><td>A102201</td><td>1</td></tr></table>	G04BD	6	N05BB01	3	N06AA	9	TRAMADOL	N02AX02	1	PROPIOMAZIN	N05CM06	5	KODEIN	N02AJ06	28		R05DA04	2	GLIBENKLAMID	A102201	1
G04BD	6																					
N05BB01	3																					
N06AA	9																					
TRAMADOL	N02AX02	1																				
PROPIOMAZIN	N05CM06	5																				
KODEIN	N02AJ06	28																				
	R05DA04	2																				
GLIBENKLAMID	A102201	1																				
48 patienter skulle ha kallats in under 2020, men med tanke på Corona, så får det skjutas upp. Pat läggs på VL för en läkemedelsgenomgång hos läkaren 2021.																						

11 "Kom igång-träning" utomhus för patienter med diabetes typ 2

Vårdcentral	Smålandshälsan
Projektbeskrivning	
Smålandshälsans sjukgymnaster kommer att erbjuda ledarledd 'Kom-igång-träning' utomhus för diabetespatienter typ II. En patientkategori som vetenskapligt visat sig ha mycket god effekt på sin sjukdom genom att öka sin dagliga aktivitetsnivå. Vi kommer att erbjuda 3 träningstillfällen per vecka med start 13:e maj. Träningsperioden kommer att vara totalt 12 veckor. 6 veckor + 6 veckor (däremellan 6 veckors sommaruppehåll med egen träning). Träningen kommer att vara varierande och lättillgänglig. Vi kommer att utnyttja de allmänna promenadstråk och utegym som finns i Ljungby allt för att deltagarna själva ska kunna bibehålla vunnit aktivitetsnivå efter träningsperiodens slut. Träningen kommer att genomföras i grupp tillsammans med 2 sjukgymnaster vilket ger oss möjlighet att nivåändela patienterna efter förmåga åtminstone i 2 olika grupper. Träningen kommer att läggas upp enligt de rekommendationer som vetenskapligt ha visat sig ha starka evidens för att sänka långtidsockret (HbA1C) och som redovisats i Fyss 2016. (http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/01/Diabetes-TYP-2.pdf). Deltagarnas träningseffekter kommer att utvärderas genom frågeformuläret SF-36 (självskattad livskvalitet) samt HbA1C. Detta kommer att testas före och efter träningsperiodens slut.	
Projektredovisning	
Inledning (Corona-modifierad projektplan) Smålandshälsan har erbjudit ledarledd kom-igång-träning för diabetespatienter typ II. Patienterna har rekryterats till projektet genom diabetes-sjuksköterskorna på vårdcentralen i samband med årliga kontroller. Träningen var varierande med inslag av kondition, styrka och rörlighet. Träningen har utförts i träningsgymmet uppe i Smålandshälsans lokaler. Med hänsyn till smittspridning och gymmets storlek var grupperna begränsade till 2 deltagare + sjukgymnast. 2 grupper har varit aktiva parallellt mellan V38-V46 Där varje grupp tränat 2 gånger/vecka under 6 veckor. Totalt 12 träningstillfällen/grupp. Syftet med projektet är framförallt att uppmuntra en patientkategori som bevisat har mycket god effekt av fysisk träning att bli mer fysiskt aktiva i vardagen. Syftet är också att undersöka om det går att påvisa resultat på HbA1c-värdet på en 6-veckorsperiod med fysisk träning. Ett blodprov för HbA1c-värdet togs innan träningsperioden samt efter sista träningstillfället. Patienterna fick även svara på ett frågeformulär gällande upplevd hälsa/livskvalitet. 4 patienter deltog i projektet från början till slut. 2 i varje grupp. Deltagandet har överlag varit bra och patienterna har deltagit i respektive 12,12,10,8 träningspass. Vilket ger ett medelvärde på 10,5 träningspass/person.	

Patient 1: 100% närvaro. HbA1c: före 77 → 76

Patient 2: 100% närvaro. HbA1c: före 52 → 52

Patient 3: 83% närvaro. HbA1c: före 46 → 54 (haft urinvägsinfektion)

Patient 4: 67% närvaro HbA1c: före 97 → 99

När vi granskat frågeformuläret har vi inte identifierat några skillnader i upplevd hälsa/livskvalitet efter 6 veckors träningsperiod.

På grund av rådande situation och gällande riktlinjer pausades projektet vid tänkt uppstart i Maj. Detta gjorde att vi behövde begränsa omfattning till 1x 6-veckorsperiod istället för 2x 6-veckor som ursprungsplanen var. Tittar man i litteraturen är det ofta minst 12-veckorsprogram man har utvärderat i studierna. Detta blir en begränsning i detta projekt och en trolig anledning till att endast 1 av 4 patienter sänkte sitt HbA1c. Med tanke på denna begränsning i resultatet vore det en fördel att följa upp resultatet med ytterligare HbA1c-mätning vid 12-veckor när patienterna nu fortsätter med egenträning.

Med tanke på att Coronapandemin begränsat oss i detta projekt skulle vi dessutom vara mycket intresserade av att följa upp detta projektet till våren med ytterligare träningsperiod.

Vad som är positivt är att deltagarna haft en god närvaro och att de har uppskattat träningen de deltagit i. God förhoppning finns om att de ska fortsätta träna och lyckas hålla en högre fysisk aktivitetsnivå i vardagen.

12 Antibiotikaförskrivning vid akut bronkit

Vårdcentral	Lessebo
Projektbeskrivning	
Andelen akut bronkit som antibiotikabehandlats är enligt senaste årets data i Medrave 26 % (mätpunkt 200531). Den borde vara lägre, i den mån dessa data är kliniskt representativa. Det är lätt att tänka sig faktorer som skulle kunna påverka redovisad andel, som diagnossättningskultur, förskrivning på annan indikation etc. Det faktum att vårdcentralen sätter fler pneumonidiagnoser än akut bronkitdiagnoser talar tex starkt för det förra. Mål: Andelen akut bronkit som antibiotikabehandlas bör vara låg, åtminstone < 10 %, eftersom dessa patienter enligt nuvarande kunskapsläge inte har nytta av antibiotika, vilket därför snarare kan antas skada patienterna och leda till onödig resistensutveckling. Metod: Diskussion i läkargrupp + sköterskegrupp (flera tillfällen) om aktuella riktlinjer, lokala diagnossättnings- och behandlingstraditioner. Uppföljning: Nya Medravedata framåt projektets slut enl ovan.	
Projektredovisning	
Bakgrund: Patienter med akut bronkit har enligt nuvarande kunskapsläge inte nytta av antibiotika, vilket därför snarare kan antas skada patienterna och leda till onödig resistensutveckling. Andelen akut bronkit som antibiotikabehandlats på vårdcentralen senaste året var enligt Medrave 26 % vid mätpunkt 200531 (12 månaders rullande data). Andelen borde vara mycket lägre (åtminstone < 10 %), i den mån dessa data är kliniskt representativa. Mål: Uppnå god följsamhet till och samsyn kring aktuella riktlinjer för diagnostik och behandling, för att kunna erbjuda våra patienter god vård. Metod: Återkoppling av förskrivardata och diskussioner i läkargrupp + sköterskegrupp (flera tillfällen) om aktuella riktlinjer och lokala diagnossättnings- och behandlingstraditioner. Uppföljning: Ovanstående arbete resulterade inte i minskad andel antibiotikabehandlade akuta bronkiter på vårdcentralen. Vid mätpunkt 201031 hade andelen tvärtom stigit till 28 %. Historiska data i Medrave antyder betydande variation i denna andel över tid, vilket möjligen kan hänga samman med en variation i läkarbemannning/läkarsammansättning. Det är dock svårt att veta hur stor den ”sanna” andelen är, eftersom flera andra faktorer kan tänkas påverka redovisad andel. Diagnossättningskultur, arbetsfördelning mellan yrkeskategorier, förskrivning på annan indikation etc kan utgöra exempel på detta. Det faktum att vårdcentralen sätter fler pneumonidiagnoser än akut bronkitdiagnoser talar tex starkt för att akuta bronkiter i praktiken kodas som något annat.	

13 Strategier för att sänka HbA1c hos patienter med diabetes typ 2

Vårdcentral	Centrum
Projektbeskrivning	
Bakgrund Patientgrupp innefattar patienter med diabetes typ 2 som är under 80 år och som ligger över HbA1c 70 trots behandlingsförsök, besök och åtgärder enligt vanlig rutin. I januari låg 86,6% av patienterna som var under 80 år på ett HbA1c under 70. Syfte Minska risken för diabeteskomplikationer genom att sänka HbA1c. Metod Identifiera de patienter som ligger över 70mmol/mol i HbA1c och ge dessa en intensivare och mer personcentrerad behandling för att få ner HbA1c till under 70mmol/mol. Patienterna identifieras via Medrave av ssk. Ansvariga läkare gör en bedömning om handläggning Individuell plan läggs för varje patient. Detta innebär tätare besök/telefonkontakt och uppföljning /titrering av läkemedel. Mål Att få ner HbA1c för de patienter som ligger högst och därmed har störst risk att utveckla diabeteskomplikationer. Målet är att 90% av patienterna under 80 år ska ha ett HbA1c under 70mmol/mol. Mätning Mätning via QlikView av antalet patienter med HbA1c under 70 i januari 2020 jämfört med antalet patienter som har HbA1c under 70 den 1 oktober när vi jobbat mer intensivt med denna gruppen.	
Projektredovisning	
Tillvägagångssätt Projektplanen började med plansättning av strukturerat arbete kring diabetesvård genom att: - Upprätta kompetent diabetesteam som består av en distriktsläkare (med intresse för diabetes) och enhetens diabetessköterskor - Planera schemalagda teamträffar två gånger i månaden - Under träffen går teamet genom och identifierar patienter som ligger > 70 mmol/mol i HbA1c med hjälp av Medrave - Behandlingsplan sätts upp och aktuella patienter kallas för provtagning och läkarbesök - Läkaren gör bedömning, bestämmer målvärde på HbA1c och sätter in lämplig behandling - Läkaren bedömer hur en aktiv uppföljningen ska ske efter besöket. När och till vem ska varje patient kallas beror på den enskilda patientens förutsättningar, men i princip släpps patienten inte till nästa sedvanlig årskontroll förrän HbA1c har nått, eller kommit nära till, målvärdet.	

Corona pandemin har dock försvårat fullföljning av planet till en viss del.

- Aktiv uppföljning innebär aktiva kallelser och tätare besök/telefonkontakt till både läkare och diabetessköterska för utvärdering av insatt behandling och eventuell upptitrering av läkemedel
- Teamet gör systematisk kvalitetsutvärdering av vårdcentralens resultat via Qlikview månadsvis

Utfall

Sedan vi började med ovanstående arbetssättet har en positiv utveckling noterats. Andel patienter <80 år med diabetes som har HbA1c ≤ 70 mmol/mol stigit successivt från 86,6% i januari till 90,8% i oktober 2020 enligt Regionens vårdvalsnyckeltal.

14 Förbättrad diagnostik av KOL

Vårdcentral	Capio Hovshaga
Projektbeskrivning	
Vårt kvalitetsarbete handlar om att på ett tvärprofessionellt arbetssätt ta hand om patienter med KOL samt att minska underdiagnostiken när det gäller KOL pateneter inom vårt upptagningsområde. QPI rond (quality performance index) är ett tvärprofessionellt teamarbete där alla professioners medverkan är viktig. På rondens går vi igenom utvalda frågeställningar vilket ger upphov till bra medicinska diskussioner och aktivt omhändertagande av ”problempatienter”. Målet är att förbättra och optimera omhändertagandet/behandlingen av varje enskild patient så att patienten upplever bästa möjliga livskvalitet samtidigt som vi skapar förutsättningar för ett systematiskt kvalitetsarbete i interprofessionell samverkan och med kontinuerligt lärande. Teamet träffas regelbundet (minst varannan vecka) och på så sätt blir en naturlig del i vårdcentralens arbetssätt. Vi har även uppmärksammat att vi troligen har en underdiagnostik av KOL patienter på Vårdcentralen. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid astma och KOL-stöd för styrning och ledning (2018) uppskattas prevalensen av KOL till cirka 10% av befolkningen som är över 40 år. Vårdcentralen Capio/Hovshaga har 108 patienter med diagnosen KOL och antalet listade patienter i åldern 40-80 år är 4798 stycken. Detta innebär att det bör finnas cirka 479 patienter som har diagnosen KOL. Genom aktiv screening med COPD 6 hoppas vi minska underdiagnostik av KOL patienter.	
Projektredovisning	
Metod: <i>QPI rond-</i> I teamet ingår: läkare, astma/KOL sjuksköterska samt fysioterapeuter som deltar vid varje tillfälle som är schemalagt och är minst varannan vecka. Vid behov kallas även samtalsterapeut till rondens. <i>Screening-</i> Alla rökare erbjuds att blåsa i COPD 6 Tillvägagångssätt: Vid <i>QPI rond</i> används Medrave som verktyg för att hitta patienter med sänkt FEV1/FVC som saknar diagnosen KOL. Tillvägagångssättet är att granska patienter som har utfört spirometri och har sänkt kvot under 0,70. Därefter granskas patientgruppen genom att gå in i patientens journal med frågeställning är det rätt behandling och rätt diagnos. Patienten kommer därefter kontaktas och bokas in för en uppföljande undersökning. Med hjälp av Medrave identifierar vi även KOL patienter som är i behov av att optimera behandlingen. Vi granskar patienter som har mer än 10 i KOL CAT. Screening- Vid besök på vårdcentralen fråga om rökstatus. Rökare erbjuds att blåsa i COPD 6, misstänkt KOL skickas vidare till Astma/KOL sköterska.	

Mätbar beskrivning av utfallet kopplat till projektplanen:

1. Öka procent KOL CAT som är under 10 (enligt Medrave)
2. Minska antal underdiagnosticerade KOL patienter

Resultat:

1. Procent KOL CAT som är under 10 (enligt Medrave) har minskat från 36,5% till 35,4%
2. Antal diagnosticerade fall av KOL har ökat från 108 till 131 patient men samtidigt har även antal listade patienter (> 40 år) ökat från 4798 till 5015
3. Sreening-Alla rökare erbjuds att blåsa i COPD 6 har inte genomförts

Bedömning:

1. Procent KOL CAT under 10 (enligt Medrave) har minskat istället för att öka p.g.a. att vi följde prioriteringsplan för primärvården vid Coronapandemi som innebär att en del av återbesök och uppföljning av kroniska sjukdomar fick flyttas fram i tiden. Vi kommer att använda digitala lösningar när dessa är på plats.
2. Fler KOL diagnosticerade patienter är resultat av standardiserat arbetssätt på våra QPI ronder.

Screening med COPD 6 har inte genomförts i full utsträckning som planerats p.g.a. pågående pandemi.

15 Minskad förskrivning av beroendeframkallande läkemedel

Vårdcentral	Växjöhälsan
Projektbeskrivning	
Tramadol (N02AX02), Citodon (Kodein med paracetamol N02AJ06) och Treo comp (Kodein och övriga icke opioida analgetika N02AJ09) är beroendeframkallande läkemedel som inte är rekommenderade i Region Kronoberg. Enligt Medrave har Växjöhälsans förskrivning under senaste 12 månaderna varit följande: Tramadol: 45 patinter, total DDD 4028 Citodon: 32 patienter, total DDD 2879 Treo comp: 1 patient, total DDD 666 Målet med Växjöhälsans utvecklingsarbete är att hjälpa patienter att trappa ner och avsluta behandling med dessa läkemedel utan att ersätta dem med andra opioider. Arbetsätt - Under våren kommer smärtföreläsning hållas vid 2 tillfällen av sjukgymnast med mål för patienten att höja funktionsnivån trots sin smärta. - Patienterna erbjuds Basal kroppskännedom och/eller stavgång med styrke- och balansövningar. - När patienten ringer för receptförnyelse efter att ha varit på lasarettet bokas telefontid till läkare. En tydlig plan angående nedtrappning och utsättning dokumenteras i journalen. - Broschyr om nedtrappning/utsättning lämnas till aktuella patienter. - Telefonuppföljning av läkare/dsk erbjuds vid nedtrappning/utsättning Utvärdering - När projektet avslutas görs en ny sökning i Medrave på antal patienter som fått recept på Tramadol, Citodon och/eller Treo comp samt sökning på förskriven DDD på respektive läkemedel.	
Projektredovisning	
Projektplanen har fått justeras med hänsyn till rådande pandemi. Gruppverksamheten har pausats. Smärtföreläsning av sjukgymnast var en ny aktivitet på Växjöhälsan. Den genomfördes vid ett tillfälle. Dokumentationen av planerad nedtrappning och utsättning av opioider har påbörjats men försvårats under projektets gång då sökordet planering blivit obligatoriskt vid samtliga besök. Den stora textmassan gör det svårt att hitta relevant information även vid filtrering på sökord. Fler telefonsamtal vid receptförnyelser har genomförts. Telefonuppföljning vid nedtrappning och utsättning har erbjudits men inte efterfrågats i någon större skala. Broschyrer om nedtrappning/utsättning finns att tillgå på vårdcentralen.	

Förskrivning vid projektets avslut och 12 månader bakåt.

Tramadol: 36 patienter, total DDD 3363

Citodon: 38 patienter, total DDD 3104

Treo comp: 2 patienter, total DDD 427

Vid projektets avslut har 2 färre patienter fått något av Tramadol, Citodon eller Tre comp utskrivet och antal DDD sjunkit med 676 doser jämfört med projektstarten. Under samma period har förskrivningen av Oxycodon och Oxycodon med kombinationer ökat med 4 patienter.

Förändringen går inte att säkerställa statistiskt utan såväl antal patienter som antal DDD bedöms oförändrat.

För att komma vidare behöver vi komma igång igen med vår grupp-och föreläsningsverksamhet. Smärtföreläsningen uppskattades och kommer fortsätta erbjudas. Växjöhälsan planerar också för fler teambesök där tex sjukgymnast och läkare tillsammans undersöker patienten och lägger upp en plan. Vi kommer fortsätta följa förskrivningen och hålla dialogen kring opioidförskrivning levande. Förändring tar ofta tid.

16 Fysisk aktivitet vid psykisk ohälsa

Vårdcentral	Achima Care Vislanda
Projektbeskrivning	
Fysisk aktivitet vet vi har bra effekt på lätt/måttlig depression, men hur kan vi arbeta med detta på vår vårdcentral. Hur kan vi få till en regelbunden träning för dessa patienter? Vi vill undersöka om vi kan på ett strukturerat arbetssätt med fysisk aktivitet få patienter med lätt/måttlig depression bli snabbare bra och få till en regelbunden träning. Vi tänker att använda MADRS-s under 35 och otillräcklig fysisk aktivitet som inklusionskriterier. 2019 hade vi 135 patienter med depressiv episod F32 och 40 st med recidiverande depression F33. Här finns inga registreringar av MADRS-s under sökordet och när det gäller fysisk aktivitet endast 52 patienter, F32 och 16 st, F33 fanns registrerade motionsvanor. Data från Medrave Deltagarna kommer vi att få genom uppsökande verksamhet, tex via brev eller från läkare, TeleQ, psykosociala resurs. Tanken är att patienten först träffar den psykosociala resursen som utför MADRS-s och vilka levnadsvanor patienten har. Därefter får de träffa fysioterapeut som gör en bedömning, tex vilken motivationsgrad har patienten, och utför ev 6 minuters gångtest. Patienten erbjuds gruppträning på två olika nivåer. Ett konditionspass och ett styrkepass. Ett pass utför de själva, tex promenad. Patienterna utför passen i 6 veckor med personligt stöd. Därefter ska patienten själv träna med enbart telefonuppföljning som sker varje vecka i ytterligare 6 veckor. Efter totalt 12 veckor kommer det sen ske en uppföljning hos den psykosocialresursen som gör ny MADRS-s och kontroll levnadsvanor, fokus aktivitetens nivå. Aktiviteter kommer också ske för att alla på vårdcentralen ska vara delaktiga, tex Öppet hus, föreläsning, mm.	
Projektredovisning	
Det blev ju inte riktigt som vi hade tänkt oss. Att patienter med lätt/måttlig depression med hjälp av gruppträning skulle komma igång med fysisk träning för att må bättre. Vi gjorde se här. Vi skickade ut förfrågan till 130 st tänkbara kandidater i slutet av mars. Det ramlade in några anmälningar, vi fick ihop 12 st. Bokade in dessa för bedömning. Men precis samtidigt som vi bokade in dem så kom restriktioner att vi inte kunde ha gruppaktiviteter pga Corona. Vi skapade istället en väntelista och fick lämna återbud till alla. Under hösten när det var ok med gruppaktiviteter och när alla inblandade var på plats så kontaktade vi de som var intresserade från väntelistan. De träffade först Psykosociala resursen som kollade att de var aktuella med bla MADRS-s, självskattad hälsa och motivationsgrad. Några blev exkluderade. Hon träffade dessa i slutet av oktober. Det landade att vi tillslut hade en liten grupp med 7 st.	

Dessa skulle nu gå i gruppträning hos fysioterapeut två ggr /vecka, enligt plan. Precis när de skulle börja, blev det på nytt inte aktuellt med gruppverksamhet. Denna gång så ställde vi inte in utan om.

Det fick istället bli individuell träning med fysioterapeuten. Detta pågår just nu. Hos fysioterapeuten får de beskriva sina egna mål, får information om olika former av träning. Hur man räknar ut maxpuls och registrera sina aktiviteter. Borgskalan används för bedömning av passen. De får testa olika sorters träning, styrketräning i hemmet, gymmet, pulsträning, lätt gympa, dans mm.

Vi har inte hunnit genomföra de 6 veckors träning under ”uppsikt” med den efterföljande självträning 6 veckor som ska följs upp. Alla aktiviteter hittills blir dokumenterad, även de som uteblivet. Sekreteraren samlar in mätvärden i en Excell fil för att vi lättare ska kunna få överblick. Vi använde Medrave för att få tag i möjliga deltagare och såg där förbättringspotential. Det har lett till att MADRS-s och levnadsvanor dokumenteras på rätt sätt.

I detta projekt som det blev nu har fysioterapeut, psykosociala resursen samt en sekreterare varit drivande. Inte hela vårdcentralen som vi hade tänkt, men bättre testa först och sen genomdriva i större skala. Vi tänker fortsätta att driva detta och vi tror att gruppträning hade varit bättre för denna grupp, som annars lätt uteblir eller lämnar återbud. Det har vi tyvärr redan märkt.

Till våren hoppas vi kunna få ihop en ny grupp och testa det när det återigen går att genomföra gruppträning. Det kommer bli lättare att den psykosociala resursen i tidigt stadiet kan hänvisa till gruppträningen.

17 Uppstart av äldremottagning

Vårdcentral	Braås
Projektbeskrivning	
Vi vill ta fram de individer över 70 år som varit hos läkare mer än 2 gånger på ett år, vi vill där efter se vilka som tillhör hemsjukvård eller tillhör någon annan sköterskeledd mottagning. Därefter vill vi se om vi kan erbjuda dem kontakt på en äldremottagning som leds av sköterska. Utvärdera via enkät till invånare efter besöket o då utforma frågor som ger svar på läget innan o efter det nya arbetssättet.	
Projektredovisning	
Hos oss finns 707 st patienter som är över 65 år. Av dessa har 112 sr Diabetes typ 1 eller 2, dessa går på regelbundna kontroller hos läkare och diabetessjuksköterska. 20 st patienter har demensdiagnos. Antal inskrivna i hemsjukvård? Vi har idag ett nära samarbete med hemsjukvården som finns i samma byggnad som Vårdcentralen. Vår läkare har rond tillsammans med hemsjukvårdens sjuksköterskor 1 gång per vecka. Närheten gör det lätt att göra hembesök hos patienter vid behov, både på äldreboendet och i hemmet. Vi tror att den svårt sjuka äldre med kronisk instabil hälsa oftast är väl känd både på Vårdcentralen och i hemsjukvården. Samarbetet med kommunens rehab och biståndshandläggare skulle kunna utvecklas ytterligare. Vi tror att vi skulle kunna utveckla vår Äldremottagning mot den äldre med tidvis sviktande hälsa samt den relativt välfungerande friska äldre. Detta skulle kunna bestå av att erbjuda årlig hälsokontroll med blodtryckskontroll, provtagning och ett hälsosamtal, vid behov en läkarkontakt. I arbetet ingår även att förmedla kontakt med t.ex. kommunen, ge information till anhöriga. Sjuksköterskan skulle även kunna bistå läkaren vid demensutredningar och uppföljningar vid demenssjukdom. Tyvärr har Covid-19 pandemin gjort att det har varit svårt att starta upp den här verksamheten under 2020.	

18 Långsiktiga åtgärder för att minska antalet sjukskrivningar

Vårdcentral	Tingsryd
Projektbeskrivning	
Syftet med projektet är att som en del i ett långsiktigt arbete hitta åtgärder för att minska antalet sjukskrivningar, undvika medikalisering av vardags/livshändelser samt arbetsrelaterade problem, genom att identifiera framgångsrika insatser för våra patienter som sjukskrivs för diagnoserna F 43 Akut stressreaktion eller F 43.9 Reaktion på svår stress. Under perioden 1 juni till 30 september 2020 kommer vi att registrera de patienter som sjukskrivits för de aktuella diagnoserna, för att därefter granska vilken behandling och rehabilitering man erbjudits under sin sjukskrivning. Detta för att hitta de framgångsfaktorer vi kan erbjuda för ett snabbare tillfrisknande, motivera och stärka individens egen förmåga till förändringsarbete och en hållbar återgång i arbete. Projektets metod är att via intygstjänsten Rehabstöd identifiera de aktuella sjukskrivningsärendena och via Cosmic följa sjukskrivningsprocesserna under perioden. Parametrar som planeras att följas: • Vilken profession som träffade patienten vid första vårdkontakten på VC • Om och när i sjukskrivningsärendet ytterligare yrkeskategorier / rehabresurser kopplas in utöver läkare, samt vilka • Antal patienter som fått läkemedel förskrivet kopplat till diagnosen • Om och när i sjukskrivningsprocessen arbetsgivarkontakt sker • Antal sjukskrivningsdagar • Antal sjukskrivningsärenden där partiell sjukskrivning förekommit De parametrar som efter utvärdering kan kopplas till en kortare sjukskrivningsperiod och även lägre sjukskrivningsgrad under perioden, kommer definieras som framgångsfaktorer. Dessa kommer ligga till grund för framtagandet av lokalt vårdprogram för den aktuella patientgruppen.	
Projektredovisning	
Metod Antalet sjukskrivningsärenden med diagnoserna F430 samt F439 under perioden 1 juni till 30 september 2020 filtrerades fram via Rehabstöd samt Medrave. De i projektplanen beskrivna åtgärder / insatser som vi planerade att mäta i de aktuella fallen, inhämtades via journalanteckningar i Cosmic. Vi valde att filtrera bort de sjukskrivningsärenden som ännu inte avslutats efter periodens slut och även fall då det redan fanns en pågående sjukskrivning för annan diagnos. Vi har inte heller tagit med de fall då man vid första sjukskrivningstillfället för F430 eller F439 fått ytterligare diagnoser. Vi har däremot tagit med fall med bidiagnoserna sömnstörning och ångesttillstånd kopplat till stressreaktionen, samt fall med smärttillstånd kopplat till den händelse som orsakade stressreaktionen. Kvar blev då 6 patienter som sjukskrivits för enbart dessa diagnoser.	

Utfall

P g a det begränsade underlaget har ingen av de parametrar vi planerade att undersöka utfallet av, kunnat urskiljas som framgångsfaktorer för att korta sjukskrivningstiden eller för att öka partiella sjukskrivningar, varken som enda insats eller i kombination med annan. Det är med största sannolikhet så att andra omständigheter och bakomliggande orsaker i respektive fall har haft en stor påverkan på utfallet, vilket ger ett missvisande resultat.

Antal sjukskrivningsdagar har varierat mellan 8 och 91 och i sammanställningen av statistiken valde vi att gradera antal sjukskrivningsdagar i Kort 0-14 dagar (2 av 6), Medel 15-28 dagar (0 av 6) och Lång 29 dagar och längre (4 av 6).

Av de 6 sjukskrivningsärenden som granskats har:

- 5 av 6 träffat läkare som första vårdkontakt
- 1 av 6 träffat samtalsterapeut som första vårdkontakt
- 3 av 6 förmedlats kontakt med annan rehabresurs utöver läkare
- 3 av 6 fått läkemedelsbehandling kopplat till diagnosen
- 0 arbetsgivarkontakter tagits
- 1 av 6 haft partiell sjukskrivning

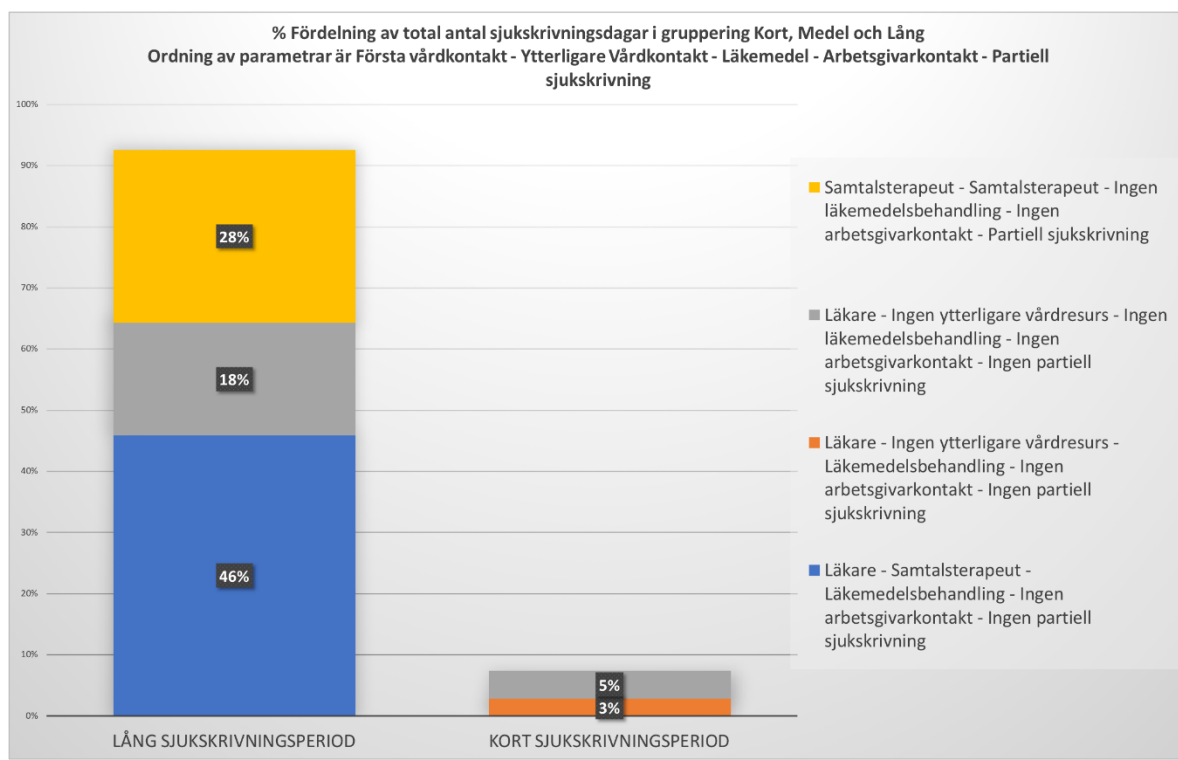
Utfallet nedan är baserat på procentuell fördelning av totalt antal sjukskrivningsdagar.

I de fall en läkare var första vårdkontakt är medelvärdet 41 dagar och om första kontakt är annan vårdresurs är medelvärdet 80. Vid de fall där ytterligare vårdresurs utöver läkare (i samtliga fall samtalsterapeut) varit inkopplad, antingen som första kontakt eller senare i sjukskrivningen är medelvärdet för antalet sjukskrivningsdagar 70.

Om annan vårdresurs ej kopplats in är medelvärdet 24 dagar.

Vid läkemedelsbehandling är medelvärdet 46 dagar - utan 48 dagar.

Vid partiell sjukskrivning är medelvärdet 80 dagar - utan 41 dagar.



Reflektion

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutstöd ger följande vägledning för diagnosen F430 Akut stressreaktion:

”Akut stressreaktion är en övergående reaktion på exceptionell fysisk eller psykisk belastning (t.ex. relaterat till krig, naturkatastrofer, terrorism, tortyr, våldtäkt, väpnat rån, kidnappning) hos en individ som inte uppvisar några tecken på annan psykisk sjukdom.”

”Vid medelsvår akut stressreaktion kan patienten sjukskrivas på heltid, alternativt partiell sjukskrivning, upp till 4 veckor.”

Trots att utfallet av projektet inte blev som förväntat har nya frågor väckts som skulle kunna inspirera till vidare kvalitetsarbete. En är hur vi arbetar med tillämpningen av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutstöd när det gäller diagnoskriterier för reaktion på stress.

19 Förbättra kontinuiteten av hypertoni behandling för de patienten som är listade på Vårdcentralen

Vårdcentral	Markaryd
Projektbeskrivning	
Bakgrund: Hypertoni eller högt blodtryck förekommer hos 10–25 % av den vuxna befolkningen och innebär en ökad risk för arterioskleros och hjärtkärlkomplikationer i senare delen av livet. God behandling ger mindre komplikationer och bibehåller såväl livskvalitet och högre livslängdsförväntan. Genom behandling av hypertoni minskas risken för komplikationer om 33 %. Hypertonipatienter sköts vanligen i primärvården och en kontinuitet i behandlingen är viktigt. Varje patient är unik och behandlingen ska individualiseras och optimeras med avseende på blodtryckseffekt. Därför är ett fast vårdkontakt ett viktigt krav. Utgångssituation: Kontinuiteten av behandlingens uppföljning garanteras för närvarande inte. Det finns sedan Vc ska vara oberoende av hyrläkare inget kallelsesystem längre. Flera patienter som står på läkemedelsbehandling gällande hypertoni har inte varit på besök sedan länge. Syfte: Identifikation av alla patienter med hypertoni utan de som har som fast vårdkontakt diabetessjuksköterska. Skaffa fast vårdkontakt för dem patienter som inte uppföljs via andra fasta vårdkontakter (t.ex. Diabetessköterska, mottagningar på sjukhus) Skaffa kontinuitet i uppföljning av hypertoni patienter som betyder minst ett besök för kontroll årligen. Uppnå patientens målvärde. Mål: Upprättning av en hypertoni mottagning samt blodtrycksrum. Alla patienter får rätt vård och bättre livskvalitet. Risk för komplikationer minskas. Behandlingsmål: Blodtrycket bör nå normala/normotensiva nivåer utan biverkningar. Metod: Analys i Medrave och Qlikview identifiera patienter med hypertoni diagnos utan diabetes; utan kontrollbesök inom de senaste 12 månader. Hur många patienter har en fast vårdkontakt? Journalgranskning hur många patienter har en definierad målblodtryck. Uppföljning av projekt: Analys i Medrave av antalet patienter med hypertoni diagnos som har fast vårdkontakt. Hur många patienter har en definierad målblodtryck och hur många har uppnått målvärde. Hur många patienter har haft en årlig kontroll eller har fått en tid för årlig kontroll.	

Projektrevisning

• Beskrivning av hur arbetet genomförts

Vi har börjat med en hypertoniomtagning i våras. Det finns två dagar varje vecka där man kan boka patienterna på hypertoniomtagning.

Det finns två olika anledningar för bokningen. Misstanke om hypertoni eller pågående hypertoniomtagning. Sjuksköterska på hypertoniomtagning följer ”flödesschema hypertoniomtagning”.

Sedan start har vi behandlat eller utrett 154 patienter. Varje patient har en fast vårdkontakt. I samråd med ansvarig läkaren definierades ett målvärde för blodtrycket. Under besöket tas en anamnes:

- Aktuellt hälsotillstånd
- Allmäntillstånd och allergier
- Vikt, längd och BMI
- Häls- och sjukdomshistoria
- Levnadsvanor – tobak, alkohol, fysisk aktivitet
- Social situation
- Vitala parametrarna och läkemedelsgenomgång

I samråd med läkaren påbörjas vid behov med en medikamentöst behandling eller att pågående behandlingen justeras. Alla patienter har fått ett eller flera uppföljningsbesök med syfte att kolla om målvärdet blev uppnått eller om biverkningar har kommit upp. Vid behov justeras medicinering.

• Redovisning av resultatet

- Uppstart av hypertoniomtagningen under våren
- Den (26/11-2020) finns det 799 listade patienter med hypertoniomtagning och behandling
- 528 patienter har blodtryck inom målvärde
- 271 patienter har blodtryck som inte ligger inom målvärde
- 468 patienter är äldre än 70 år
- 154 patienter får behandling och uppföljning via hypertoniomtagning hittills
- Alla 154 patienter har ett definierat målvärde
- Alla 154 patienter har en fast vårdkontakt.
- 153 av 154 patienter har uppnått målvärdet, 1 patient är under löpande utredning
- Alla patienter är inventerad på en väntelista för uppföljning inom ett år
- Blodtrycksrummet är ej verkställt

• Bedömning av varför resultatet blev som det blev

- På grund av pågående pandemin och gällande restriktiva råd har det inte varit möjligt att behandla fler patienter
- Blodtrycksrummet iordningställande skjuts farm och startar inte förrän pandemin är under kontroll
- Till vis del finns fel dokumentation av blodtrycksvärde – inte dokumenterad under rätt sökord utan i fritext

20 Förbättra patienternas välbefinnande med Taktil stimulering

Vårdcentral	Strömsnäsbruk
Projektbeskrivning	
Bakgrund Verksamheten träffar i flera sammanhang patienter med långvarig problematik där det är oklart vad som är de bakomliggande mekanismerna. Det är patienter som har problem med tex att slappna av i kroppen, inte kan känna lugn och ro, känner hög stress, smärtproblematik, sömnstörningar, bristande kroppsuppfattning och ångestproblematik. Arbetsterapeuterna, psykosociala resurs och läkaren möter bland annat dessa patienter i utdragna rehabiliteringssammanhang. Dessa yrkesgrupper upplever att i vissa patientfall saknas det verktyg för att möjliggöra en ökad livskvalitet. Svårigheterna är att det inte riktigt går att förstå de bakomliggande faktorerna. Men är det då så viktigt att förstå de bakomliggande mekanismerna och att få vetenskapliga bevis för vad som händer i kroppen? Räcker det inte med att kunna konstatera att patienten får ökat välbefinnande. En stor delar av hälso-och sjukvårdens uppgift är att lindra och trösta. Vi vill därför följa upp nyttan av Taktil massage för patienternas välbefinnande, i detta sammanhang som ett stöd i rehabiliteringsprocessen. Syfte Att få bättre livskvalitet. Mål Utifrån patientens upplevda problem minska besvären och få ett ökat välbefinnande. Frågeställningar Minskar upplevda identifierade besvär efter behandling med taktilsimulering? Hur skattar man sitt välbefinnande före och efter behandlingsperioden? Metod I detta förbättringsarbete är avsikten att patienterna utifrån identifierade problem (tex med att inte kunna slappna av i kroppen, inte känna lugn och ro, känslan av hög stress, smärtproblematik, sömnstörningar, bristande kroppsuppfattning, ångestproblematik) själva ska skattar sina upplevda problem och välbefinnande. Genom öppna frågor i en enkät och via en skattningsskala. Undersköterskorna ber patienten att skatta sig både för och efter behandlingsperiod. Uppföljning av projekt. Sammanställning och analys av enkäter Undersköterska Ann Andersson och Undersköterska Katarina Westberg Mail: ann.andersson@kronoberg.se katarina.westberg@kronoberg.se	

Projektredovisning

Beskrivning hur arbetet är upplagt

- Patienten blir remitterad och sätt upp på en väntelista.
- Undersköterskor tar kontakt för vidare information.
- Är det akut prioriteras dessa.
- Efter första besöket strävar vi efter att patienten ska få behandling 1 gång i veckan eller minst varannan.
- Denna statistik är gjord på helkroppss massage med avslappningsmusik och naturoljor.
- Behandlingstiden är ca 1 timme/p tillfälle.

Resultat

Under detta projekt har undersköterskorna behandlat ungefär 40 patienter. De flesta patienter har svår stress, smärtproblematik och ångest.

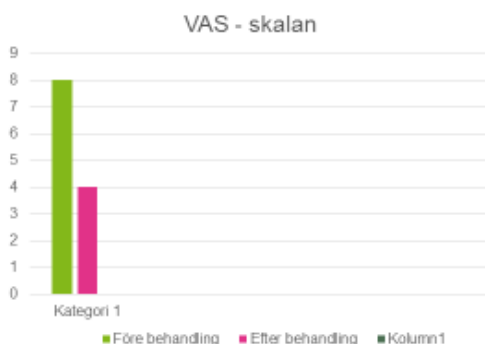
Patienterna har fått skatta sin känsla av smärta och stress med hjälp av VAS-skalan både före och efter behandlingen.

Undersköterskornas bedömning och patientens uttalande.

- Någon patient har ej blivit berörd på flera år.
- Känslor som varit instängda, känslor som ej blivit identifierade kommer fram.
- Patienten har beskrivit bättre livskvalité med mindre smärta (har fått till oss att några ej behöver ta sina smärtstillande mediciner).

Självskattning

Snittvärdet av 40 patienters skattning av sin känsla av smärta och stress före och efter behandling med Taktillstimulering



- Diagrammet visar hur patienten har skattat sin känsla av smärta och stress. Skattningen är gjord med VAS-skalan.
- Kategori 1 visar snittvärdet av 40 patienter som har skattat sig före och efter behandlingen.
- Ålder från 22 år till 75 år

21 Ökad fysisk aktivitet hos patienter med depressiv episod

Vårdcentral	Lammhult
Projektbeskrivning	
Bakgrund. En låg andel av de nydiagnostiserade patienterna med depressiv episod har blivit tillfrågade om sina vanor gällande fysisk aktivitet, detta trots att träning och rörelse kan vara en effektiv del i behandlingen. Idag sker uppföljning av nya patienter som fått diagnosen depressiv episod av läkare. Vi vill erbjuda en jämlik och omfattande uppföljning. Därför bör den genomföras av psykosocial resurs. Psykosocial resurs kommer att fråga om vanor angående fysisk aktivitet och vid behov skriva FaR-recept eller hänvisa till vidare kontakt inom Region Kronoberg. Syfte. Vi vill öka andelen patienter som får frågan om fysisk aktivitet samt öka andelen patienter som får ta del av fysisk rörelse som en del i behandlingen. Målet. Målet är att alla patienter som är nydiagnostiserade med depressiv episod (F32) ska ha fått frågan om motion och fysisk aktivitet. Vi vill se ökad andel patienter som får FaR-recept. Metod. Vi kommer att använda Medrave som analysverktyg. Patientuppföljningen kommer att genomföras av psykosocial resurs. 1. Vi tar ett startvärde av patienter som blir tillfrågade om fysisk aktivitet. Samt där FaR-recept har utfärdats (Perioden 2019-08-24 till och med 2019-11-13) 2. Som uppföljande mätning mäts samma variabler fast under perioden 2020-08-24 till och med 2020-11-13.	
Projektredovisning	
Vi ser en tydlig ökning av andelen patienter som blivit tillfrågade om fysisk aktivitet. Under den aktuella perioden 2019 tillfrågades 33% av patienterna med depression om fysisk aktivitet. Siffran för samma grupp under perioden 2020 var 64%. En liknande ökning kan vi se bland ångest patienter där andelen som tillfrågats gått upp från 37% till 59% Däremot se vi inte samma ökning av utskriva FaR-recept vid depression och ångest. Detta kan ha flera olika orsaker men främst tror vi det beror på att det inte varit aktuellt eller gynnsamt för just de patienter med dessa diagnoser som sökt vård under den aktuella tidsperioden att få ett FaR-recept. För många av de här patienterna har det istället varit mer gynnsamt med KBT-verktyget beteendeaktivering, där det ofta ingår ökad fysisk aktivitet som en av delarna. Däremot kan vi som en glädjande bieffekt se en stor ökning av FaR-recept som skrivits ut till patienter med stressrelaterade diagnoser.	

Det kan finnas flera anledningar till ökningen. Dels att vi på grund av kvalitetsarbetet mer aktivt har frågat patienterna. Men vi tror också att ökningen kan bero på att uppföljningarna har genomförts av psykosocial resurs.

En potentiell felkälla kan vara att psykosocial resurs inte var på det klara med hur statistiken plockades fram, att statistiken över FaR-recept söktes på åtgärds-koder i Medrave. Det gör att det kan finnas något enstaka recept som har missats.

Eftersom det är en så snäv tidsperiod vi sökt statistik från faller mycket statistik bort. I många fall har patienter som har en behandling som precis startat innan perioden började fått frågan vid ett tidigare datum som inte omfattas av sök perioden.

22 Minskad förskrivning av kodein (Citodon)

Vårdcentral	Lenhovda
Projektbeskrivning	
Enligt uppgifter tagna från Medrave har vi identifierat flertalet patienter som långsiktigt behandlat smärta med Citodon trots att Citodon är ett akutläkemedel och inte bör användas under en längre smärtperiod. Metod: Läkare och samordnare identifierar patienter som haft långvarig Citodonbehandling, som är motiverade till att minska förbrukningen och på sikt kan avsluta Citodonbehandlingen. Därefter bokas patienten till Apotekare som har ett fysiskt möte på vårdcentralen där fokus blir information, motiverande samtal samt läkemedelsgenomgång. Själva nedtrappningsplanen ansvarar läkaren för. Mål: Minskad dygnsdos citodonförskrivning och med alternativa metoder hjälpa patienterna hantera sin smärta.	
Projektredovisning	
Läkare på vårdcentralen, tillsammans med sjuksköterskor, har identifierat totalt 9 patienter med långvarig citodonbehandling. Läkaren har beskrivit konsekvensen av att behandla långvarig smärta med ett akutläkemedel. Patienten har upplevt i samband med receptförnyelse ett motstånd vilket skapat ett vårdlidande. Läkaren har erbjudit ett samtal med Apotekare. Vid dessa samtal har apotekare informerat patienten om behandlingen och dess betydelse samt försökt att motivera patienten till förändring av behandlingen. Apotekare har under hösten haft 7 dagar avbokade för samtal (någon halvdag) med dessa patienter. När vi under sammanställningen går igenom dessa journaler ser vi att 1 patient har helt slutat citodonbehandling, 4 har minskat dygnsdosen och 4 har inte ändrat sin behandling utan fortsatt som tidigare. Samtliga patienter har som alternativ föreslagits annan läkemedelsbehandling som är mer lämplig för långvarig smärta. Patienterna har även erbjudits besök till fysioterapeut och psykosocial resurs. Förutom förändring ovan så har arbetssättet medfört att 1 patient haft samtal med Apotekare gällande Oxykodonbehandling. Denna patient är motiverad till att avsluta behandlingen inom kort.	

23 Uppföljning av stigande HbA1c

Vårdcentral	Åseda
Projektbeskrivning	
Enligt patientuppgifter tagna från Medrave har vi identifierat diabetespatienter med stigande HbA1c som idag befinner sig inom intervallet 52-70 mmol/mol. Metod: Diabetessköterskan gör ett urval på 10 patienter som kommer att erbjudas provtagning, besök hos undersköterska för ett samtal utifrån framtagna mall gällande livsstilsfrågor. Därefter kallas patienten för uppföljande provtagning. Mål: Förbättrat HbA1c hos 50% av patientgruppen som ingår i projektet.	
Projektredovisning	
Vi har under rådande omständigheter med Corona inte klarat att genomföra det arbete vi hade planerat. Det finns flera anledningar till att arbetet inte kunnat genomföras. Utifrån de riktlinjer vi fick gällande lägsta bemanning i samband med eskaleringsplan, blev vi tvungna att stänga vårdcentralen i sju veckor under sommaren. Både personal och patienter hänvisades till Lenhovda VC vilket medförde en hög prioritering av arbetsuppgifter och utbud. Potentiella patienter har under stora delar av perioden inte varit prioriterade eller lämpliga för de besök på vårdcentralen som arbetet hade krävt. Vi har dessutom haft behov av att prioritera resurser utifrån givna uppdrag relaterade till pandemin. Vårt kvalitetsarbete har fått vika sig denna gång men kommer att genomföras när vi har möjlighet.	

24 Förbättrad uppföljning av patienter med KOL

Vårdcentral	Ingelstad
Projektbeskrivning	
Vi kommer under året att arbeta med ett pilotprojekt som innebär att vi fångar upp patientgrupper med inhalationsläkemedel då det är en patientgrupp som vi tror kommer att ha nytta av bättre uppföljning. Projektplan är utarbetad och vi kommer att följa upp patienter som har diagnos KOL, patienter som söker akut för andningsproblem och patienter som blir nyinsatta på inhalationsläkemedel Vår målsättning för detta arbete är: • Att patienter med inhalationsläkemedel ska få bättre livskvalité. Våra frågeställningar är: • Vilka patienter har vi med diagnos KOL, har vi haft kontakt med dem det senaste året? Har patienten rätt läkemedel? Inhalationsteknik? • Akuta patienter som sedan tidigare står på inhalationsläkemedel och som söker för andningsbesvär. Inhalationsteknik? Har patienten rätt behandling? • Patienter som blir nyinsatta på inhalationsläkemedel. Inhalationsteknik? KOL- patienter. Vi kommer att ta ut listor i Medrave på patienter med diagnos KOL och ta reda på om vi har haft uppföljning med patienten det senaste året. Astma/KOL sköterskan kommer att gå igenom listan. Har patienten inte fått någon uppföljning så kommer hen att kallas till astma/KOL sköterska (ev videobesök). Vid besök kommer astma/KOL sköterskan att gå igenom aktuella inhalationsläkemedel som patienten står på och hens inhalationsteknik. Akuta patienter. Pat som söker akut för andningsbesvär kommer att bli kallade till astma/KOL sköterskan inom ett par veckor efter det akuta besöket för uppföljning av inhalationsteknik. Om tveksamhet kring huruvida patienten har adekvat behandling ska astma/KOL sköterskan diskutera med patientansvarig läkare. Patienter med nyinsatt inhalationsläkemedel. Pat som blir insatta på inhalationsläkemedel ska efter ett par veckor bli kallade till astma/KOL sköterskan för uppföljning av nyinsatt läkemedel samt inhalationsteknik. Astma/KOL sköterskan kommer att registrera antalet samt andelen patienter som ej har fått återbesök, antalet och andelen patienter som ej har rätt läkemedel och antalet och andelen patienter som ej har rätt inhalationsteknik.	

Projektredovisning

Vårt kvalitetsarbete har i år handlat om patienter som har diagnos KOL/astma och/eller patienter som har en ordination på inhalationsläkemedel. Vår tanke har varit att följa upp och kontrollera så att patienten fick en årlig uppföljning samt kontrollera inhalationsteknik och läkemedel hos denna patientgrupp och att patienter med nyinsatt inhalationsläkemedel använder dem på rätt sätt. På grund av rådande pandemi så kom arbetet igång mycket senare än planerat då vi inte till en början skulle träffa denna patientgrupp. Vi började att arbeta med projektet i början av september och till en början så var det spirometrier som var uppskjutna som först blev kallade.

KOL-patienter:

Vår astma/KOL sköterska har tagit ut listor i Medrave och fått fram att vi har 89 patienter med en KOL diagnos. Hon har gått igenom patienterna och 59 av dessa patienter går aktivt här på VC och har under året följts av antingen astma/KOL sköterska eller läkare. Åtta patienter följs av lungmottagningen och några bor på äldreboende och har svårt för att komma till oss, cirka tio patienter har av olika anledningar inte följts upp under det senaste året. Vi har också tre nylistade patienter som ännu inte hunnit följas upp och tre har avlistat sig. De patienter som under året inte har följts upp kommer att erbjudas tid för uppföljning. Under denna period så har astma/KOL sköterskan hunnit träffa 14 patienter som sedan tidigare hade diagnosen KOL för uppföljning av läkemedel och inhalationsteknik. Av dessa så hade 1 patient fel teknik och två patienter behövde byta läkemedel.

Akuta patienter

Under den här perioden så har det varit färre än vanligt som sökt för akuta andningsbesvär och färre som blivit nyinsatt på inhalationsläkemedel. Totalt så har fyra patienter blivit insatta på inhalationsläkemedel, tre av dessa har träffat astma/KOL sköterskan för kontroll av teknik och mående. Den fjärde patienten fick remiss till lungmottagningen. Av de tre patienter som hon träffade så hade två patienter sökt för långvarig hosta. Alla tre patienterna hade vid uppföljningen fel teknik. Någon patient hade svårt att använda inhalatorn och fick av den anledningen byta läkemedel.

Hon har även träffat tre patienter med astmadiagnos för uppföljning och där hade alla fel teknik, hon kommer att ha fortsatt uppföljning med dessa patienter.

Vi ser bara på detta lilla material att det är av stor vikt för patienten att vi kallar dem på ett återbesök relativt snabbt för att kontrollera inhalationsteknik när de har blivit nyinsatta på inhalationsläkemedel för att de ska få så bra effekt som möjligt av sitt läkemedel och må så bra som möjligt. Detta gäller även för årskontroller där vi ser att både läkemedel och inhalationsteknik kan behöva justeras. Tanken är att vi kommer att fortsätta att jobba på detta sätt

25 Fallprevention genom fysisk aktivitet

Vårdcentral	Unicare
Projektbeskrivning	
BALANSSTARK HOS UNICARE Vårt projektarbete kommer att handla om utveckling av fallprevention. 5 -12 patienter över 65 år som uppvisar någon/ några av kriterierna fallrädsla, tidigare fall, benskörhet eller klinisk indikation på att de är vingliga/ ostadiga kan ingå i gruppen. Dock kommer vi, i denna gruppen, utesluta patienter med demens. Urvalet av patienter ska göras av sjukgymnasterna som kommer att sätta ihop grupperna och leda projektet. Patienter kan också fångas upp av att sköterska, läkare eller annan vårdprofession uppmärksammar patient med ovanstående kriterier och initierar kontakt med sjukgymnast. Patient kommer i så fall tillfrågas om intresse kring eventuellt deltagande i detta projekt. När sjukgymnasterna fått ihop en tillräcklig grupp så kallas patienterna för att göra en bedömning inom 2 veckor innan projektstart med hjälp av Bergs balansskala (1), TUG-test (2) och självskattningsformuläret ABC-skalan (3) som översatts till svenska. MÅL Vi vill hjälpa dessa patienter att förebygga fall genom att bli stadigare/ få bättre balans, öka sin tillit till balansen/ våga röra sig mera, samt att förstå vikten av regelbunden träning och motion. ARBETSSÄTT Arbetet kommer inledas med ett informationstillfälle för patientgruppen. Informationen kommer innehålla information kring vad balanssvårigheter och yrsel kan bero på. Råd och tips kring vad patienterna själva kan göra för att förbättra sin balans, samt information om vad de kommande träningstillfällena kommer att innehålla. Träningstillfällena kommer ges 2 gånger/vecka under 6 veckor och innehålla: • Balansträning • Anaerob styrketräning för nedre extremitet • Aerob träning Efter alla gruppträningstillfällen får patienterna individuella träningsprogram för fortsatt träning på egen hand. UTVÄRDERING Vi kommer utvärdera skillnaden i balans genom att jämföra de första bedömningstesterna med en utvärdering genom samma tre tester direkt efter avslutat projektdeltagande samt även 4-6 månader efteråt.	

REFERENSER

1. https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/_sektioner/aldreshalsa/matmetoder/bergs-balansskala.pdf
2. https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/_sektioner/aldreshalsa/matmetoder/komplettering_av_tug.pdf
3. https://www.fyzical.com/easley/media/file/376935/ABC_Scale_Balance.pdf

Projektredovisning**Utvärdering**

Vi kontaktade inledningsvis 10 patienter som till en början ställde sig positiva till att få ingå i detta utvecklingsarbete. Dock beslutade vi i mars månad att arbetet inte skulle gå att genomföra pga av Pandemin. Vi har följt rådande riktlinjer från Regionen.

Under sommarmånaderna var läget kring Pandemin något mer positivt. Men under dessa månader har jag haft sjukgymnaster som krävt föräldraledigheter samt semester. Alltså var det inte praktiskt genomförbart då heller eftersom vi inte kunde starta som planerat.

26 Identifiera och följa upp riskbruk/skadligt bruk av alkohol

Vårdcentral	Ryd
Projektbeskrivning	
Syftet är att identifiera patienter som har ett riskbruk/skadligt bruk av alkohol, för att kunna hitta eventuella kopplingar mellan deras alkoholkonsumtion och sjukdom/besvär och på så sätt lyfta möjliga åtgärder. Projektets metod är en riktad screening till 3 olika patientgrupper: 1) Patienter som fått tid på vårdcentral för vissa förutbestämda orsaker (värk, psykisk ohälsa, trötthet, hjärt-kärlsjukdom, diabetes samt allmän kontroll) kommer inför besöket få fylla i enkät med frågor levnadsvanor, där alkoholkonsumtion ingår. Vid behov kan man sedan gå vidare med AUDIT och/eller provtagning (PEth). 2) För patienter som sjukskrivs mer än 2 veckor p.g.a. värk och/eller psykisk ohälsa kommer det ingå att PEth kontrolleras. 3) För patienter med hög förskrivning av en/flera beroendeframkallande läkemedel ska vid receptförnyelse/läkarbesök bedömning göras ifall det är aktuellt att kontrollera PEth. Projektet medför också en genomgång av det befintliga informationsmaterial som är riktat till personal/patienter samt utbildningsbehov hos personal. Parametrar som planeras följas är följande (april-oktober 2020): 1) Andel samt antal besök där sökordet "alkohol" är registrerat samt hur stor andel respektive antal av dessa som har riskbruk/beroende registrerat. 2) Antal patienter som fått diagnosen skadligt bruk av alkohol eller alkoholberoende. 3) Förskrivning av Antabus/Campral/Naltrexon. Jämförelseperiod kommer vara april-oktober 2019 och data hämtas från Qlickview.	
Projektredovisning	
Tillvägagångssätt: För att identifiera patienter som har ett riskbruk/skadligt bruk av alkohol har följande åtgärder genomförts: 1) Vi har tagit fram en enkät med frågor om levnadsvanor där alkoholkonsumtion ingår, en lathund för tolkning och dokumentation av enkätsvaren samt rutin för användning av enkäten. 2) Ny rutin för kontroll av PEth vid sjukskrivning mer än 2 veckor p.g.a. värk och/eller psykisk ohälsa har utarbetats. 3) Ny rutin för kontroll av PEth hos patienter med hög förskrivning av en/flera beroendeframkallande läkemedel har utarbetats. Utifrån vårdcentralens behov togs dokumentet "Utredning och åtgärder vid riskbruk eller skadligt bruk av alkohol" fram, vilket kortfattat beskriver fördjupad utredning och olika möjliga åtgärder.	

Utfall:

Uppföljning har gjorts med data från Qlikview. För punkt 1 är jämförelseperioden vecka 15-26 samt vecka 33-43, för punkt 2-3 är jämförelseperioden april till oktober.

- 1) För 2019 finns 121 distanskontakter och 3411 kontakter för fysiska besök (mottagningsbesök, hembesök eller hemsjukvårdsbesök), vilket resulterar i totalt 3532 kontakter.
Alkoholkonsumtionen dokumenterades under sökordet alkohol vid 191 tillfällen. Vid två tillfällen registrerades alkoholberoende och vid elva tillfällen registrerades riskbruk.
För 2020 finns 507 distanskontakter och 2667 kontakter för fysiska besök, vilket resulterar i totalt 3174 kontakter.
Alkoholkonsumtionen dokumenterades under sökordet alkohol vid 412 tillfällen. Vid ett tillfälle registrerades alkoholberoende och vid fyra tillfällen registrerades riskbruk.
- 2) Sju patienter hade under 2019 fått diagnosen *Skadligt bruk av alkohol* (F10.1) eller diagnosen *Alkoholberoende* (F10.2). Motsvarande siffra för 2020 var sex.
- 3) Förskrivning av Antabus/Campral/Naltrexon skedde under 2019 vid 2/1/0 tillfällen motsvarande siffra för 2020 är 4/2/1.

Diskussion

Trots färre kontakter under 2020 dokumenterades det vid fler tillfällen under sökordet alkohol. Det går dock inte att veta utifrån dessa mätvärden ifall det blivit en förändring hur ofta patienter tillfrågas om sin alkoholkonsumtion. Utifrån den ökade dokumentationsgraden går det inte att se en samstämmig förändring i de övriga utfallen. Å ena sidan så var det något fler förskrivningstillfällen av Antabus/Campral/Naltrexon under 2020 (7 jämfört med 3) å andra sidan var det fler tillfällen där alkoholberoende eller riskbruk registrerades 2019 (13 jämfört med 5).

Planering av projektet skedde innan covid-19 hade nått Kronoberg vilket har inneburit att projektet löpande har fått anpassas allt eftersom nya förutsättningar uppstått. Förankringen av rutinerna som tagits fram gällande hög förskrivning av beroendeframkallande läkemedel respektive sjukskrivning har troligtvis påverkats negativt av det stora fokus som covid-19 krävt. Pandemin kan även försvårara jämförelser av utfallen för 2019 med 2020.

27 Vård och uppföljning av patienter med isolerad hypertoni

Vårdcentral	Rottne
Projektbeskrivning	
Vård och uppföljning av patienter med isolerad hypertoni Etablera sjuksköterskeledd mottagningsverksamhet i vårdteam bestående av sjuksköterska och läkare. Mål att våra patienter ska ha tillgång till vårdpersonal med kontinuitet, information och insats kring livsstilsåtgärder (alkohol, rökning, fysisk aktivitet, matvanor), regelbunden adekvat kemlab med ett fastställt intervall, receptförnyelse. På vår vårdcentral har vi 961 patienter med diagnos hypertoni. Av dessa har 155 inte fått hypertonidiagnos under den senaste 12-månadersperioden vilket ger en fingervisning om att de inte blivit bedömda avseende sin hypertoni. Av dessa är det 75 patienter som har isolerad hypertoni utan andra kroniska sjukdomar. Metod: Vi initierar en sjuksköterskeledd mottagning med tre potentiella ingångar för symptomfria patienter med diagnos isolerad hypertoni. Patienter utan andra diagnoser identifieras via Medrave (grupp A), patienter som ringer via teleq för att boka årskontroll (grupp B) samt vid läkarbesök där bedömning att patient utifrån hälsostatus kan ingå i det sköterskeledda programmet (grupp C). Sköterskemott: anamnesupptagning kring ärftlighetsanamnes riktad mot hjärt-kärlsjukdom, aktuellt mående, livsstilsanamnes, läkemedelsuppföljning (översyn av läkemedelslista). Läkarmottagning: I rutinen skickas besökets anteckning till den läkare som är PAL. Läkaren har då som uppdrag att se igenom anteckningen och vad som framkommit vid besöket, se över provsvar, beslut om uppföljning och förnya recept. Uppföljning: Hur många i respektive grupp träffas på mottagningen, det vill säga: Hur många av de 75 obedömda bokar tid för bedömning, hur många med tidigare årskontroll hos läkare på grund av isolerad hypertoni byter till blodtrycksmottagningen. I tillägg önskar vi se hur många av de på blodtrycksmottagningen som ändå träffar läkare av annan orsak under perioden, för att se om vi lyckats identifiera en grupp med just isolerad hypertoni som i teorin borde klara sig inom programmet?	
Projektredovisning	
Målet har varit att skapa en sjuksköterskeledd mottagning med sjuksköterska och läkare i team kring patienter med hypertoni som riskfaktor utan andra behandlingskrävande sjukdomar. Denna mottagning ska i de flesta fall ersätta och i andra fall komplettera läkarbesöken för dessa patienter. Fördelar med detta: Vi får en möjlighet att samla insatserna kring dessa patienter utifrån en tidigare spretig situation där vissa har följts med årliga läkarkontroller, vissa med enbart receptförnyelse och där några av de utan läkemedelsbehandling har fallit under radarn utan kontroller. Vi har i vårt pm specificerat vad som ska ha gjorts vid diagnos hypertoni liksom fortlöpande vid kontroll. Detta borde verka för ett rättvist och evidensbaserat vårdutbud. Vi har goda erfarenheter från våra andra teambaserade mottagningar (diabetes, astma & KOL, inkontinens) och önskar få ut samma synergieffekter kring våra hypertoni-patienter.	

Vi kan få in de hälsofrämjande komponenterna i besöken på ett bra sätt med sjuksköterska i centrum.

Vi har till viss del genomfört projektet och det följer vår ursprungliga ansökan:

Vi skapade ett pm kring mottagningen.

Patienterna kallas till den sjuksköterskeledda mottagningen efter den senaste läkarkontrollen eller receptförnyelsen då de har uppmärksamats och bedömts kunna inkluderas (Så långt 7 på väntelista)

Mottagningstider från årsskiftet hos designerad sjuksköterska.

Vi har också med hjälp av Medrave identifierat 36 patienter som passar inklusionskriterierna, som inte fått diagnos hypertoni under den senaste 2-årsperioden. Dessa får ett brev om att de bör kontakta vårdcentralen och boka tid på vår mottagning.

Inför att mottagningen ev kommer igång under jan 2021 har vi 2020-12-03 ett seminarium i läkargruppen kring handläggning av hypertoni, hyperlipidemi liksom övergripande diskussion kring primärprevention för att följa aktuell kunskap gällande detta liksom att ha en så likriktad kunskapssyn på ämnet som möjligt. Bra då samtliga läkare kommer ha patienter inom denna mottagning.

I samband med de första patienterna har vi handledning med projektansvarig läkare och projektansvarig sjuksköterska. Därefter kommunikation emellan sjuksköterska och patientansvarig läkare.

Vi har alltså inte haft några faktiska besök ännu. Detta beror till viss del på att patienterna inkluderas vid årskontroll eller receptförnyelse vilket innebär att det korresponderande besöket på blodtrycksmottagningen sker ett halvår till ett år senare. Just nu försenas utskickat av brevet av att vårdcentralen arbetar mot nivå 1 och 2 i prioriteringsplanen vilket gör det svårt att samtidigt be patienter boka tid för kontroll av kroniska tillstånd och sjukdomar (nivå 3).

28 Förbättrad läkarkontinuitet för äldre multisjuka patienter

Vårdcentral	Achima Care Älmhult
Projektbeskrivning	
Metod/utförande Projektets syfte var förbättrad läkarkontinuitet för äldre multisjuka patienter, målet att samtliga patienter erbjuds en fast läkarkontakt, årlig läkarbedömning med systematisk läkemedelsgenomgång, med eller utan apotekare. Rutinen nu är att HSV-sköterskan, skickar Messenger i CC, till berörd läkare med begäran om receptförnyelse för respektive patient. Ofta förnyas bara aktuellt läkemedel. Under projekttiden har HSV-sjuksköterskorna istället skickat begäran om receptförnyelse (ca 300 st) via Messenger i CC, till Äldremottagningens undersköterska/apotekstekniker Petra, som tillsammans med ÄM-sjuksköterskan gjort en översyn av respektive patients läkemedelslista. Ev förekomst av olämpliga läkemedel, enligt Q-målen, har noterats. ÄM-sjuksköterskan har gjort en journalgranskning för att få en samlad bild av patientens tidigare diagnoser. Ca 20-30 patienter, hade kroniska diagnoser, som ex hypertoni, vilka uppdaterades. Lab-listor kontrollerades och vb beställdes nya lab-prover inför kommande läkarbesök och läkemedelsgenomgång. Av de ca 100 patienter som ingått i projektet, saknade 25% fast läkarkontakt och tilldelades sådan. *Pga coronapandemin, har bara två patienter i projektet erhållit läkarbesök, övriga patienter är uppsatta på en särskild väntelista till läkare via äldremottagningen.	
Projektredovisning	
Resultat Patient 1; aktuella lab.prover togs inför läkarbesök/årskontroll, diagnoser verifierades och läkemedelsgenomgång med revidering av LM-listan och förnyelse av samtliga aktuella läkemedel gjordes. Patient 2; Vid läkarbesöket journalfördes aktuella diagnoser, LM-listan reviderades och samtliga aktuella läkemedel förnyades. Sammanfattningsvis, avlastas läkare från upprepade receptförnyelser och patientens läkemedelslista blir regelbundet reviderad, varför vi förordar det ”nya” arbetssättet; - För patienter som har en fast läkarkontakt beskriver journalen oftare en mer sammanhängande helhetsbild, men det kan vara långt mellan läkarbesöken. - Journalgranskningen visar att det finns behov av systematisk genomgång av läkemedelslistor hos äldre multisjuka patienter, då antalet läkemedel ofta kunde revideras. - HSV-sköterskor som deltagit i projektet har ombetts besvara en enkät, resultatet av den är inte sammanställt än.	

29 DSK-mottagning med videobesök som förstahandsval för patientgrupp med frågeställning hudeksem

Vårdcentral	Dalbo
Projektbeskrivning	
DSK mottagning med videobesök som förstahandsval för patientgrupp med frågeställning hudeksem Bakgrund En vanlig patientgrupp som besöker vårdcentralen är barn och vuxna med hudåkommor i form av eksem och andra hudåkommor. Den pågående digitaliseringen ger vården möjlighet att genom ett bokat videobesök ge patienten hjälp med bedömning av sin hudåkomma. Patienter får också råd och behandling vid de tillfällen det är aktuellt. I detta projekt vill vi utvärdera om videobesök kan vara förstahandsval för patienter som söker för ovan nämnda besvär. Metod Under perioden juni 20 – sep 20 ska patienter som söker för frågeställning hudeksem erbjudas videobesök alternativt fysiskt besök i en jämförande undersökning. Målet är att minst 12 patienter, 6 i varje kontrollgrupp utvärderas. Ett mindre antal DSK (förslaget är 3 stycken vilket innebär 4 patienter per DSK) tar in patienter som söker från Tele Q och fördelar dem till respektive grupp. Rekrytering sker utan inbördes bedömning efter inkommande i kronologisk ordning till fysiskt besök respektive videobesök. Åldersgruppen innefattar både barn och vuxna. Åldersgränsen för barn är satt till 3 år då de yngre barnen ofta har en kontakt via barnhälsovården. Bokning sker till distriktssköterskemottagning på ett tidsbestämt besök/videobesök och information om applikationen min hälsa skickas ut via Tele Q om inte patienten redan har den. Identifikation av patient sker vid videobesöket. I undersökningen kommer inte patienter med tolkbehov att ingå då det är svårt att genomföra vid videobesök.	

Mätbara mål:

- Genomsnittlig tid för videobesök från uppringning till avslutat samtal. (exkl. journalskrivning)
- Genomsnittlig tid för fysiskt besök vilket innefattar vårdtid inne på behandlingsrum (exkl. journalskrivning)
- Antal videobesök som vid återbesök hanteras som fysiskt besök samt dess skäl till konvertering
- Antal fysiska besök som vid återbesök hanteras som videobesök samt dess skäl till konvertering
- Totalt antal besök i respektive grupp (videobesök och fysiskt) som krävs för diagnos och behandling.
- Tidsåtgång för patient vid respektive kontakt. Patienter tillfrågas vilken tidsåtgång som de använt i samband med besök, inklusive eventuella transporttider.
- Compliance till råd och behandlingsmetoder för respektive grupper.

Projektredovisning**Bakgrund:**

I den inledande projektplanen var målet för antalet patienter satt till 12 stycken, 6 i varje grupp. Insamlingen av underlaget har starkt begränsats av den pågående Corona pandemin, av det skälet har det inte varit möjligt att få ihop antalet deltagare.

Resultat:

Totalt har 7 patienter ingått i undersökningen, fördelningen är 2 i videobesök och 5 i grupp med fysiskt besök. Fördelningen är inte en lottad fördelning utan helt en slumpmässig effekt baserad på lämplig patient och tillfälle för sjuksköterska.

Patienter som har hanterats via videobesök: 2 nybesök. Antal återbesök via videobesök 3.

- Genomsnittlig tid för personal vid videobesök från uppringning till avslut exkl. dokumentation: 6,2 minuter, ingen av dessa har konverterats till fysiskt besök.

Patienter som har hanterats med fysiskt besök: 5 nybesök. Antal återbesök: 5

- Genomsnittlig tid för personal vid fysiskt besök vilket innefattar vårdtid inne på behandlingsrum: 12,3 minuter, ingen har konverterats till videobesök vid återbesök.

Antalet besök som krävts för att avsluta behandling har varit två i båda grupperna utom för en patient som krävde 3 kontakter (videobesök).

Tidsåtgång för patient vid respektive kontakt:

- Fysiska besök inklusive återbesök: Genomsnittlig tid för patienten: 16,4 minuter
- Videobesök inklusive återbesök: Genomsnittlig tid för patienten: 2 minuter

I båda grupperna så har följsamhet (compliance) till råd och behandling varit god.

Sammanfattning:

Även om undersökningen är liten och patientunderlaget är begränsat så finns det några intressanta resultat.

- Tidsåtgången både för personal och patient är kortare vid videobesök än vid fysiska besök. Dokumentation har inte ingått som en del i mätningen då den ska göras oavsett vilken besökskontakt och har därför inte varit relevant att studera.
- Följsamhet till råd och behandling är god och verkar inte påverkas av formen för besök.
- När behandlingsschema lämnas ut, sker det i dag med pappersinformation. Det behöver finnas i en digital lösning för videobesök.
- Enstaka kontakt hade tekniska problem och blev därför ett fysiskt möte.
- Barn och videobesök fungerar dåligt då de oftast inte har e legitimation.
- Tolkbesök är fortfarande en utmaning.

Slutsats:

Det är absolut möjligt att använda videobesök som ett förstahandsval på utvalda grupper. I dagsläget begränsar avsaknad av e- legitimation hos små barn och tolkbehov. Ambitionen är att utveckla videobesök med frågeställning eksem som rutin för VC dalbo och skapa en större erfarenhet och patientunderlag för mer utvärdering. Tidsvinsten verkar finnas både för personal och patient utan att ge avkall på patientsäkerhet.

30 Ökad tillgänglighet till läkare med dagliga ronder

Vårdcentral	Helsa
Projektbeskrivning	
Beskrivning: Samtliga ärenden som förväntas behöva läkarkontakt ska tas upp via daglig rond. Återkoppling till patienten efter rond. Bakgrund: Ont om läkartider. Syfte: Patienterna ska få tid till rätt profession i rätt tid. Mål: Klara >95% tredagarsgarantin Avgränsning: Projektet omfattar bokning till läkarbesök. Genomförande och tidplan: • Rond dagligen kl 13.00-13.45. • Medverkande: Alla läkare samt de sjuksköterskor som har inkommande ärenden. • Alla inkommande ärenden som förväntas behöva läkarkontakt rondas. På rondens får varje patient en individanpassad plan utifrån medicinskt behov. Patient får återkoppling samma dag av sjuksköterska (efterföljande dag om ärendet inkommer efter dagens rond). 200501: Startdatum för rond. 200501 och framåt: Daglig rapport till verksamhetschef (via messenger). 200601: Första utvärdering. 200817: Andra utvärdering. 200930: Tredje och sista utvärdering och beslut om fortsättning. Mätning: Efter varje rondtillfälle redovisar SSK/DSK antal ärenden som tagits upp och antal som bokats till de olika professioner och antal som får egenvård samt att de även redovisar deras egen upplevelse av dagens rond och patientens upplevelse av dagens rond via de tre olika sätten nedan: 1. Mäta inkommande samtal i TeleQ (via TeleQ) före projektet och sedan efter ovan given tidsplan. 2. Mäta antal patienter som fått läkartid inom 3 dagar (via Qlickview) före projektet och sedan efter ovan given tidsplan. 3. Mäta antal patienter som fått tid till annan profession på enheten inom 3 dagar (via Qlickview) före projektet och efter ovan given tidsplan.	

Projektredovisning

1. Inkommande samtal i TeleQ:

Före projekt (dec-april)	Under projekt (maj-sept)
1114 (dec)	1334 (maj)
1379 (jan)	1471 (juni)
1142 (feb)	1439 (juli)
1768 (mars)	1518 (aug)
1321 (april)	1578 (sep)

2. Andel patienter som fått läkartid inom 3 dagar:

Före projekt (dec-april)	Under projekt (maj-sept)
76% (dec)	87% (maj)
70% (jan)	71% (juni)
74% (feb)	84% (juli)
78% (mars)	81% (aug)
79% (april)	53% (sep)

3. Andel patienter som fått tid till annan profession på enheten inom 3 dagar:

Före projekt (dec-april)	Under projekt (maj-sept)
87% (dec)	57% (maj)
82% (jan)	58% (juni)
86% (feb)	67% (juli)
77% (mars)	55% (aug)
71% (april)	65% (sep)

1. Patienten kontaktar oss.
2. Anamnes och status dokumenteras. Patienten får information om att ärendet kommer tas upp på rondan kl 13.00 samma dag och att patienten får återkoppling vid 14-tiden samma dag. Patienter som skall rondas bokas in som administrativ kontakt på den schemalagda sköterskan.
3. På rondan (där samtliga läkare och schemalagda sjuksköterskor är närvarande) rondas samtliga patientfall. Besluten kan innefattas av läkarbesök samma dag, läkarbesök senare, egenvård, besök till annan profession eller till annan enhet, telefonkontakt och så vidare.
4. Återkoppling (kan ske via telefon, 1177) till patienten sker direkt efter rond och utförs av sjuksköterska.
5. De patienter som kontaktar oss efter kl 13.00 rondas dagen efter.

Alla professioner kan vara delaktiga i ronden efter behov.

Enligt statistiken vi plockat fram har vi ökat antal telefonsamtal in, vi har bättrat på tillgängligheten för läkarkontakt inom 3 dagar men ser att tillgängligheten för övriga professioner försämrats.

Vi bedömer resultatet som väldigt positivt av kollegor och patienter (de har skickat in rapport dagligen i messenger) trots vad statistiken visar. Vi har en bra arbetsmiljö, patienterna får tid samma dag eller dagen efter (läkarbesök). Vi bedömer att statistiken är missvisande som vi tror kan bero på felregistreringar i Cosmic. Även aktuell pandemi som på det stora hela medför mindre fysiska läkarkontakter kan ha betydelse på resultatet.

Vi kommer fortsatt att arbeta enligt denna modellen framöver och vi har även rekommenderat kollegor i branschen att prova på detta.

31 Utvärdering av digital artrosskola

Vårdcentral	Gränsbygdskliniken
Projektbeskrivning	
Projektplan Artrosbehandling i primärvården Som ett led i nya arbetssätt tänkte vi implementera och utvärdera värdet av digital artrosskola. En studie för att dels undersöka hur stort intresse det finns för digital artrosbehandling, i en till stor del ganska åldrad patientpopulation, dels hur dessa patienter betygsätter den hjälp de fått. Studieupplägg: Alla patienter med artros som söker hos läkare eller sjukgymnast, under tiden 2020-04-01 – 2020-10-31, skall erbjudas digital artrosskola eller fysiskt besök hos sjukgymnast för genomgång av artrossjukdomen. Patienter som redan tidigare fått denna info av läkare eller haft besök hos sjukgymnast för detsamma, exkluderas. Patienterna tillfrågas vilket de föredrar av fysiskt besök eller digital artrosskola. De som föredrar fysiskt besök erbjuds, som tidigare detta, hos sjukgymnast. De som föredrar digital artrosskola får detta. De som avstår från bägge sakerna registreras också så vi kan hålla koll på ev. bortfall. Sjukgymnasten håller i de fysiska besöken och håller också koll på och inkluderar patienter i den digitala artrosskolan. Hon påminner också patienterna som inkluderas i denna grupp om att genomgå det digitala utbildningsprogrammet, via sms-påminnelser. Utvärdering: Efter oktober månads utgång kommer alla patienter som varit på besök hos sjukgymnasten eller som inkluderats och erbjudits digital artrosskola att få fylla i ett frågeformulär. Detta formulär skall fokusera på att utröna om det finns någon skillnad mellan de fysiska besöken hos sjukgymnasten och det digitala utbildningsprogrammet, avseende patientnöjdhet.	
Projektredovisning	
Beskrivning av arbetet Arbetet har fungerat som det var tänkt. Patienter med ny artrosdiagnos (knä eller höft) har erbjudits ett val mellan fysiskt besök med info om artrossjukdomen samt lämplig träning, av vår sjukgymnast, eller info och initiering av digital artrosskola, likaledes via vår sjukgymnast. Intresset bland patienterna har varit stort. Inga patienter har tackat nej. Totalt inkluderades 12 patienter. Efter projektiden har samtliga patienter i projektet tillfrågats om de vill fylla i en betygsutvärdering. Alla betygen sattes på en skala mellan 1-5. Svarsfrekvensen var 83 %.	

Resultat

Av alla patienter som tillfrågats om utvärdering har 83 % lämnat in betygslapp till oss.

Det genomsnittliga betyget på sjukgymnastbesöket var 4.7 på en femgradig skala.

En patient som initialt var intresserad av det digitala programmet bytte senare till fysiskt besök hos sjukgymnasten istället.

67 % av de som föredrog fysiskt besök, lämnade in betygslapp.

De gav samtliga högsta betyg (5.0) för dessa besök.

Det stora flertalet (ca 75 %) har föredragit digital artrosskola.

Bland de som valde digital artrosskola var snittbetyget 4.63 på sjukgymnastbesöken.

Den digitala artrosskolan fick snittbetyget 3.88.

Bedömning

Man kan ha många funderingar kring varför resultaten blev som de blev, men man kan nog ändå konstatera att den digitala artrosskolan fick bättre betyg än vi trott.

Dock var betyget sämre än betyget gällande fysiska besök hos sjukgymnast.

Annars kan man utgå från att rådande coronaepidemi gynnat patientsektionen till digitalt program.

Till det digitala programmets nackdel var att någon patient som skulle kunnat vara aktuell för detta, helt enkelt saknade dator. Vi drar ändå slutsatsen att om man gör det digitala programmet lite bättre kan det i viss mån komplettera eller ersätta en del av de fysiska besöken hos sjukgymnasten.

Eftersom artros är en kronisk sjukdom hade ju många patienter med dessa problem sökt på kliniken tidigare, och blev därför exkluderade. Det innebär att patientunderlaget ändå blev relativt litet.

