

Sammanställning av patientnära medicinskt kvalitetsarbete 2019

20 av 32 vårdcentraler har redovisat godkända kvalitetsarbeten för 2019, vilka presenteras i detta dokument.

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

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

För mer information var god se [vårdvalets hemsida](#) och/eller [AMKs hemsida](#), alternativt kontakta Roland Olofsson-Dolk roland.olofsson-dolk@kronoberg.se

Nr	Titel	Sida
1	Minskning av sömnmedel och lugnande medel.....	2
2	Minska förskrivning av olämpliga läkemedel till äldre	3
3	Förbättrad sjukskrivningsprocess	4
4	Teamarbete och användning av nationellt kvalitetsregister (Rikssår).....	5
5	Minska förskrivningen av sömnmedel och att handlägga sömn lika på enheten.....	6
6	Telefontillgänglighet.....	7
7	Motionsbaserad intervention hos patienter med typ 2 diabetes.....	9
8	Strukturerat omhändertagande av patient med förhöjt blodtryck	11
9	Utvärdering av distansmonitorering.....	13
10	Uppföljning inhalationsteknik	15
11	Lipidstatus hos patienter med hypertoni	16
12	introduktion av rollator till patienter med yrsel, balans- eller gångsvårigheter.....	17
13	Remissgenomgångar	18
14	Förskrivning av Ciprofloxacin.....	19
15	Rätt läkemedelsbehandling mot osteoporos	20
16	Minska förskrivning av olämpliga läkemedel till äldre (över 75 år)	21
17	Minskning av antal remisser för slätröntgen ländrygg	23
18	Förbättrade andningsresultat av fysisk aktivitet för patienter med KOL	25
19	Minska förskrivning av sömnmedel.....	26
20	Minska blodtryck och LDL hos patienter med diabetes typ 2	28

1 Minskning av sömnmedel och lugnande medel.

Vårdcentral:	Achima Care Vislanda
Projektbeskrivning: Vårt syfte var att försöka få ner vår läkemedelsförskrivning av sömnmedel. Det var ett utvecklingsarbete som kunde involvera många professioner på vårdcentralen. Valde att fokusera på NO5C, Sömnmedel och lugnande medel , siffror uttaget från MedRave.	
Projektredovisning: Tillvägagångssätt: 2018 fick 105 patienter över 75 år sömnmedel eller lugnande medel (NO5C), 113 patienter mellan 45-74 år och 26 patienter var yngre än 45 år. Vi hade en strategidag i mars då alla på vårdcentralen pratade om sömnmedel och hur vi skulle arbeta med detta. Vår psykosociala resurs gav utbildning och pratade om vad vi kan erbjuda istället. Vi tog fram lite lathundar vad man kunde säga i telefonen när patienter ville förnya sömnmedicin, erbjöd patienter besök hos psykosocialresurs eller arbetsterapeut för ett bedömningssamtal. Arbetade med samsyn. Vi hade en temavecka om sömn i april då vi bl.a. gick omkring med pyjamas, morgonrock. Hade en välbesökt föreläsning om "hur gör man för att sova bättre" där vi lockade besökare genom att lotta ut ett påslakanset. Våra tv-skärmar på vårdcentralen var fulla av goda tips. Vi bjöd på "sängfösare". Blev även uppmärksammade i P4, Radio Kronoberg. Under våren testade personalen sömnskola enligt iKBT med uppföljning i grupp. För att se om det kunde vara ett alternativ, och för att själva att få en bättre sömn. I juni så kom Apotekaren Maria Granborn och pratade bl.a. om vilka sömnläkemedel det finns och vad man kan ge istället. Under hösten startade vi sen sömnskola med iKBT-modulen i grupp för intresserade patienter. Det arbetet fortsätter. Vi erbjuder också individuell hjälp. Hur gick det? Har varit svårigheter att få ut bra statistik, eftersom sömnmedicinerna varit restat i olika styrkor. Ibland fanns tex inte Zopiklon 5 mg, 30 st, men 100 st. Varit mycket förskrivningar. Det vi fått fram är att under 2019 tom 31/10, så hade 95 patienter över 75 år, 118 patienter mellan 45-74 år och 22 patienter under 45 år fått sömnmedel eller lugnande medel. Totalt en liten minskning. Även om det är svårt att få bra statistik, har det varit ett roligt och bra arbete eftersom många professioner varit inblandade. Det är ett långsiktigt arbete att minska sömnmedelsförbrukningen. Vi kan nu erbjuda alternativ och vi frågar patienterna hur de sover och kan diskutera vad som är normalt.	

2 Minska förskrivning av olämpliga läkemedel till äldre

Vårdcentral:	Achima Care Växjö
Projektbeskrivning:	
Statistik tas fram via verktygen QlickView och MedRave Vi har läkemedelsinformation av apotekare och ber att få upptryckt info via läkemedelsenheten Vi kommer dela ut info till läkare och sköterskor om vilka läkemedel som räknas som olämpliga. Affischer sätts upp i väntrum så patienterna blir medvetna om att dessa läkemedel är olämpliga och att de kommer bytas ut mot annat läkemedel. Vid läkemedelsgenomgångar och vid receptförnyelser byts dessa läkemedel ut. Påminnelse och genomgång av resultat månadsvis vid läkarmötena	
Projektrevisning:	
När vi startade projektet i mars månad låg vårt nyckeltal på 8,4 % och målet på 3%. Vi beställde upptryckta affischer från Läkemedelsenheten om Läkemedel som bör undvikas till äldre, dessa ramades in och sattes upp på alla läkarexpeditioner och sköterskeexpeditioner. Sköterskorna i Tele-Q skrev påminnelser i läkarnas tidböcker om att byta ut läkemedel vid receptförnyelse och även vid besöken som bokades in. Läkaren som rondade på vårt SÄBO Humana gick igenom läkemedelslistorna och bytte ut olämpliga läkemedel när det fanns behov. Vid läkarmötena redovisades månadsvis resultatet via utdrag ur QlickView av MLA. All personal har blivit visade hur man hittar i QlickView för att själva kunna följa resultatet månad för månad. Personalen har tidigare gått utbildning i MedRave och har även behörighet. All nyanställd personal som inte har gått Medraves utbildning har fått titta på Medraves videodemonstrationsfilm och även fått behörighet. Vår MLA som har utökad behörighet har kunnat gå igenom statistik för hela vårdcentralens patienter. Vi är mycket nöjda med resultatet då vi sänkt vårt nyckeltal från 8,4 % till 5,6 % som vi ligger på idag 2019-10-30.	

3 Förbättrad sjukskrivningsprocess

Vårdcentral:	Achima Care Älmhult
Projektbeskrivning: Förbättrad sjukskrivningsprocess En vanlig patientgrupp inom primärvården är personer med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa samt personer med smärta i muskler eller leder. Som del i behandling kan dessa patienter sjukskrivas. Läkarityget används av arbetsgivare och Försäkringskassan för bedömning av arbetsförmåga och rätt till sjukpenning. Vi strävar efter att jobba proaktivt för att få en god planering för varje patient som är sjukskriven. Metod 1. Patienter som söker vård via tele-Q erbjuds bedömning hos mest lämpad yrkeskategori. Fysioterapeut och PS-resurs gör adekvata bedömningar av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, vilket dokumenteras direkt i läkarityget i samråd med sjukskrivande läkare. 2. Rehabkoordinator kartlägger rehabiliteringsbehov och har överblick över pågående sjukskrivningsärenden. Varje behandlare ansvarar för att se över var i sjukskrivnings-processen patienten befinner sig. 3. Läkare har särskilt avsatt tid för sjukskrivningspatienter varje vecka. Mål Ett kvalitetssäkrat, effektivt, tvärprofessionellt arbetssätt kring varje patient som kan behöva sjukskrivning som del i behandling.	
Projektredovisning: 1. November 2017, skapades ett tvärprofessionellt arbetssätt kring patienter som behöver sjukskrivning. Ssk i Tele-Q bokade tidigare in patienterna till läkare för bedömning, nu erbjuds bedömning även hos fysioterapeut och PS-resurs. Antalet sjukskrivna pat/år har minskat från 725 (2016-2017) till 629 (2018-2019). 2. Vid Tele-Q-mätning v 42-43/2019, var det bara 2 SI-samtal. 3. Vid mätning av bokade besök och telefonkontakter i sept-okt 2017 resp 2019, har läkarbesöken minskat med 31% från 97 (2017) till 67 (därav 49 på särskild rehab-tid, 2019). Telefontider minskade med 77% från 40 st 2017 till 9 st 2019. Behovet av besökstid och administrativ tid till läkare har minskat, då PS-resurs och fysioterapeut gör egen bedömning och skriver denna direkt i sjukintyget, i samråd med läkaren. 4. 160501-170430 inkom 100 kompletteringskrav, 181101-191031 inkom 67 kompletteringskrav, i sept-19 endast 1. Att funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning beskrivs mer utförligt påverkar att kompletteringskraven från FK minskat. <i>Källa: Webvert</i> 5. Patienterna har uttryckt sin uppskattning av arbetssättet, fylligare underlag i sjukintyget minskar kompletteringsbehovet. 6. Distriktsläkare upplever det positivt med planerade tider för SI-ärenden. Man är inte lika ensam i arbetet kring sjukskrivning, arbetsmiljön har förbättrats och antalet kompletteringar från FK har minskat. PS-resurs och fysioterapeuter har fått större krav på sig vad gäller bedömningar och delaktighet i sjukskrivningsprocessen, merarbete vad gäller dokumentering i sjukintyg. Ur arbetsmiljösynpunkt upplevs möjlighet till diskussion och stöttning av team och rehabkoordinator som positiv. Fysioterapeuter såg behov av ett effektivare samarbete mellan professioner för att få bättre intyg och planering för patienten, hittar lättare tid till läkare då dessa är "öronmärkta". Distriktssköterska upplever att arbetsmiljön har förbättrats, samtalen kommer inte längre i Tele-Q. Tidigare saknades struktur och planering i sjukskrivningsprocessen, läkartider saknades och det var svårt att uppnå kontinuitet. Ssk har bra samarbete med rehabkoordinator, fungerande koncept!	

4 Teamarbete och användning av nationellt kvalitetsregister (Rikssår).

Vårdcentral:	Birka
Projektbeskrivning:	
En sårsmottagning startades på vårdcentralen med hjälp av kvalitetsregistret Rikssår gällande mottagningens struktur och organisering. Sårsmottagningen har drivits med hjälp av teamarbete för att få effektivare behandling genom diagnosättning samt minskad antibiotikaförskrivning. Mål: Vårdprocessen kring patienter med kroniska sår ska organiseras och struktureras i en sårsmottagning genom teamarbete och nationellt kvalitetsregister (Rikssår). Teamarbetet och kvalitetsregistret ger också möjlighet för läkarmedverkan och minskad antibiotika förskrivning. När korrekt diagnos och effektiv behandling av bensår sker, genom teamarbetet, minskar prevalens, vårdtid och kostnader. Mätmetoder: Statistik där antibiotikaförskrivning skett, kopplat till diagnoskoder r/t sår, tas fram med hjälp av MedRave. Med hjälp av Business Objects och QlickView tas statistik fram där sökorden: smärta, rökning och ankelindex sammanfaller med utvalda diagnoskoder. Statistik kring hur ofta de utvalda diagnoskoderna är satta och om de sammanfaller med andra diagnoser vid ett och samma besök tas också fram. All statistik jämförs mellan samma tidsperiod under 2018 och 2019, från första mars till sista oktober. Statistik från registreringarna i nationellt kvalitetsregister kan också användas som uppföljning av arbetet med sårsmottagningen.	
Projektredovisning:	
Enligt Business Objects och QlickView har 62% tillfrågats om smärta, 24% om tobak och 31% har ankelindex genomförts. Detta gäller patienter med diagnoser kopplade till sår. I jämförelse med period 1 har antalet tillfrågade om smärta och tobak minskat och utförande av ankelindex ökat. Antalet vårdkontakter med diagnos kopplade till sår har minskat från 1062 (period 1) till 822 (period 2), en minskning med 22.6%. Statistik från MedRave visar att 6,5% (24 av 366) av patienter med diagnos ytlig skada och sårskada fått antibiotika under period 1. Under period 2 har 3,9% (13 av 333) av patienter med diagnosen ytlig skada och sårskada fått antibiotika. Vid övriga diagnoser kopplade till sår har inte antibiotika förskrivits. Utvald statistik från kvalitetsregister visar att 10 patienter med svårläkta sår läkts ut. Sårduration vid ingång i registret var median på 6 veckor, 100% fått diagnos, 1 omläggning per vecka. 38% av såren blev bedömda på specialistmottagning. 31 % antibiotikabehandlades, 15% före registrering och 15% efter registrering. Såren hade en median på 84 dagar till läkning och medianen 33 dagar efter registrering. 100% av patienterna tillfrågades om smärta. Kvalitetsregistret Rikssår ger möjlighet att på ett enkelt sätt få fram statistik på vald enhet. Övriga statistikprogram kräver kunskap och utbildning. Under projektets gång har försök gjorts för att lägga till vårdtjänst med förlängd tid att få fram statistik på den faktiska tiden. Idag förlängs tiden manuellt och den går inte att mäta. Minskningen av vårdkontakter mellan åren kan vara en effekt av sårsmottagningen, men är ett för lite underlag för att kunna fastställa det med säkerhet. För att få fram statistik ur medicinska journaler krävs dokumentation under sökbara sökord och korrekta diagnoskoder. Idag rekommenderas att sårsmottagning dokumenteras med hjälp av IVP. Fritext i IVP kring smärta gör inte sökordet sökbart. Statistik från MedRave stämmer inte överens med statistik från Rikssår. Patienterna på sårsmottagningen har fått antibiotika efter kontakt med specialistmottagning och den statistiken kommer inte med i MedRave då underlaget utgår från de receptförskrivningar som gjorts på vårdcentralen.	

5 Minska förskrivningen av sömnmedel och att handlägga sömn lika på enheten.

Vårdcentral:	Braås
Projektbeskrivning:	
Skapa handlingsplan för att handlägga patienter med sömnproblematik och därmed försöka minska på läkemedelsbehandling. Bakgrund: Upplevelsen att många patienter hörde av sig till VC i samband med att några insomningstabletter var restnoterade.	
Projektredovisning:	
Inledningsvis fokuserade vi på patienter med nya besvär och de som inte använt sömnmediciner på ett tag eller mycket sporadiskt. Vi plockade ut aktuell förskrivning gällande Zopiklon, Zolpidem och Oxazepam ur MedRave 2019-01-01 - 2019-02-28, för att få ett utgångsläge på hur det ser ut för oss. • Zopiklon 63 recept till 50 individer. • Zolpidem 23 recept till 20 individer • Oxazepam 24 recept till 17 individer. Arbetet påbörjas då patienten kontaktar enheten för receptförnyelse, då talar Tele-Q sköterskan med patienten med stöd av regionens broshyr om sömn (konkreta råd o strategier utifrån KBT). Därefter bokas man till psykosocial resurs. Kontakt med psykosocial resurs omfattar kartläggning av sömn och vanor, för att sedan utmynna i konkreta strategier. Sömnstrategier omfattar konkreta beteendeförändringar och förhållningssätt, som ska leda till god sömnkvalitet. Vid besöket sker också motiverande insatser om att vidmakthålla aktuella beteendeförändringar i ett längre perspektiv. Vid behov bokas uppföljande besök och patienten välkomnas alltid att komma tillbaka om man behöver ytterligare stöd. Vid besöket delas självhjälp-material ut, i förhållande till sömn. Patienten får råd o prova beteendeförändringar i anslutning till sömn. Får självhjälp-material. Uppföljning planeras individuellt beroende av orsak och åtgärd. Gällande ångest var flödet liknande men med stöd av regionens broshyr om Ångest (konkreta råd o strategier utifrån KBT). Vid ångestrelaterade besvär bokas också besök hos psykosocial resurs. Kartläggning sker om när, var och hur ångest tar sig uttryck. Patienter får information kring ångest/känslor och mynnar ut i hanteringsstrategier. Vid besöket delar den psykosociala resursen ut självhjälp-material. Den psykosociala resursen arbetar enligt principen för stegvis vård. Antalet besök styrs efter patientens behov. När vi plockade fram siffror gällande förskrivning 2019-09-01-2019-10-31 hittade vi följande: • Zopiklon 42 recept till 38 individer • Zolpidem 16 recept till 14 individer • Oxazepam 21 recept till 12 individer. Så vi ser en minskning av förskrivningen, vilket vi tycker känns väldigt bra och stimulerande. Ett klagomål via 1177 om det nya arbetssättet har kommit in annars märker vi inte någon missnöjdsamhet. Allt arbete med beteendeförändringar handlar om att patienten ska få konkreta verktyg i att hantera och förhålla sig till känslor i det vardagliga livet, där sömnbesvär och ångest inte ska hindra patienten från att leva det liv denne vill.	

6 Telefontillgänglighet

Vårdcentral:	Capio Hovshaga
Projektbeskrivning:	
Vi har uppmärksammat en sjunkande tillgänglighet i Tele-Q och vill förbättra detta för våra patienter. Det ger en ökad kvalitet, tillgänglighet och trygghet för våra patienter. Enligt vårdgarantin är det reglerat att en patient ska få kontakt med primärvården samma dag som personen kontaktar vården och det är därför mycket viktigt att vi arbetar med detta. I den nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, beskrivs att hälso- och sjukvårdsverksamheter ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Ett av fem kriterier för en god vård är att hälso- och sjukvården ska vara <i>lätt tillgänglig</i>. Patienterna kan förutom att ringa till vårdcentralen även boka en telefontid via webben s.k. "Bättre besök", vilket är en uppskattad tjänst. Under februari 2019 var telefontillgängligheten 89 %. De som fick samtal inom 2 timmar var 75 % och som blev uppringda senast 10 minuter efter utringningstiden var 69 %. Antal som kom till en fylld kö var 223 stycken. Vi ser en klar förbättringspotential. Patienterna kan förutom att ringa till vårdcentralen även boka en telefontid via webben s.k. "Bättre besök", vilket är en uppskattad tjänst.	
Analys	
1. Det har varit för lite bemanning under vissa dagar i telefonen. T.ex. ser vi direkt att vi behöver vara betydligt fler som ringer måndag. 2. Vi har även haft telefonen stängd för utringning på måndagar pga. Utvecklingsarbete, vilket vi ser inte är hållbart, utan en person måste bemanna telefonen. 3. Ett annat problem är att "blocken" med samtal och "Bättre besök" har krockat med varandra, vilket har gjort att utringningstiden har fördröjts. 4. Vid genomgång av eftermärkningen ser vi att vissa samtal ev. kan styras till annan personalkategori än sjuksköterska.	
Mål	
Målet är att telefontillgängligheten ska vara 100% och att 98% ska få en bokad telefontid inom 2 timmar samt att 95% ska bli uppringda inom 10-minuters intervallet. Detta ska vara uppnått till projektets avslut.	
Åtgärd	
Vi har startat projektet med att ta fram statistik från Tele-Q, dels med antal samtal, tillgänglighet samt med eftermärkningar. Det vi kommer börja göra är att ändra och öka upp bemanningen i Tele-Q, efter statistik när samtalen kommer in. Lägga blocken med telefonsamtal/bättre besök i olika klossar med hjälp av Tele-Q- administratör. Vi kommer analysera den s.k. eftermärkningen och ändra vissa kategorier efter hand. Vi kommer både plocka bort och kommer lägga till underkategorier i eftermärkningar för att lättare kunna styra samtalen till rätt personalkategori. Projektet kommer följas genom att ta fram statistik (som plockas fram via Tele-Q) vid varje månadsskifte och detta kommer redovisas i grupp.	

Projektrevisning:

Under perioden Sep-Nov 2018 telefontillgängligheten 89 %. De som fick samtal inom 2 timmar var 61 % och som blev uppringda senast 10 minuter efter utringningstiden var 75%.

Antal som kom till en fylld kö var 526 stycken.

Idag 2019-11-15

Under perioden Sep-Nov 2019 telefontillgängligheten 97 %. De som fick samtal inom 2 timmar var 69 % och som blev uppringda senast 10 minuter efter utringningstiden var 83%. En KLAR förbättring!

Patienterna kan förutom att ringa till vårdcentralen även boka en telefontid via webben s.k. "Bättre besök", detta gör att statistiken blir något sämre då inte alla blir uppringda samma dag pga. Den är ställd på att man kan boka uppringningstid inom 14dgr.

Patienterna kan förutom att ringa till vårdcentralen även boka en telefontid via webben s.k. "Bättre besök", detta gör att statistiken blir något sämre då inte alla blir uppringda samma dag pga. Den är ställd på att man kan boka uppringningstid inom 14dgr.

Analys

1. Det har varit för lite bemanning under vissa dagar i telefonen. T.ex. såg vi direkt att vi behövde vara betydligt fler som ringde måndag fm. Då trycket är som störst.
2. Vi har även haft telefonen stängd för utringning på måndagar pga. Utvecklingsarbete, vilket vi ser inte var hållbart, utan en person måste bemanna telefonen. Vi har ökat tillgängligheten och stänger mindre vid möten, En ssk bemannar alltid.
3. Ett annat problem är att "blocken" med samtal och "Bättre besök" krockade med varandra, vilket har gjort att utringningstiden har fördröjts. Blocken har nu separerats ifrån varandra och ligger inte samtidigt vilket har gjort att de ligger var och en för sig och utringningstiden blir mer jämn.
4. Vid genomgång av eftermärkningen ser vi att vissa samtal ev. kan styras till annan personalkategori än en sjuksköterska tex. flyttar vi samtal mellan varandra som tex. till sjukgymnast som har en egen Tele Q kö.
5. Vid genomgång av eftermärkningen ser vi att vissa samtal ev. kan styras till annan personalkategori än en sjuksköterska tex. flyttar vi samtal mellan varandra som tex. till sjukgymnast som har en egen Tele Q kö.

Mål

Målet var att telefontillgängligheten skulle vara 100% och att 98% skulle fått en bokad telefontid inom 2 timmar samt att 95% skulle bli uppringda inom 10-minuters intervallet.

Detta skulle vara uppnått till projektets avslut men vi har pga. Några långtidssjukskrivningar inte kunnat nå ända fram men stor förbättring har skett.

Åtgärd

Vi startade projektet med att ta fram statistik från Tele-Q, dels med antal samtal, tillgänglighet samt med eftermärkningar.

Vi ändrade i schema och ökade upp bemanningen i Tele-Q, efter statistik när samtalen kommer in.

Vi ändrade blocken med telefonsamtal/bättre besök i olika klossar med hjälp av Tele-Q- administratör.

Vi har analyserat den s.k. eftermärkningen och ändrat vissa kategorier efter hand. Projektet har följts genom att vi tagit fram statistik (som plockats fram ur Tele-Q) vid varje månadsskifte och detta har redovisats på arbetsplatsen.

7 Motionsbaserad intervention hos patienter med typ 2 diabetes

Vårdcentral:	Dalbo
Projektbeskrivning:	
Prevalensen av diabetes i Sverige är någonstans mellan 4-5 %. Vårdcentralen Dalbo har en något högre andel diabetiker i den befolkningsgrupp som har vårdcentralen som sitt primärvårdsval utifrån data som är hämtat från MedRave, närmare 5,5 % prevalens. Sannolikt finns dessutom ett stort mörkertal i omgivningen som har diabetes. För att stärka patienters egenvård vill vi erbjuda patienter en möjlighet till att skapa rutiner och kunskap om det viktiga med motionsbaserad behandling. Under våren kommer patienter med diagnosen diabetes typ 2 och med ett HbA1c ≥ 70 erbjudas att ingå i en motionsbaserad intervention där träning i grupp eller självständigt planeras. Upplägget innebär att rekrytering av patienter kommer ske under april-maj. När gruppen är komplett, vilket innebär 5-7 deltagare, så genomförs ett lättare konditionstest utifrån submaximalt cykeltest som baslinjemätning. Under 8 veckor genomförs träningstillfällen en gång i veckan. Deltagarna får en träningsdagbok att fylla i om träningstillfällen genomförs utöver de planerade 8. Definition av träning innebär pulshöjande aktivitet under minst 30 minuter. Mätbara mål: • Inledande och avslutande konditionstest med mätning av syreupptagningsförmåga ml/kg och minut. • HbA1c vid inledning och avslut. • Blodtryck vid inledning och avslut • Antal träningstillfällen, både deltagande i grupp och egen träning • Compliance av patientdeltagande	

Projektreddovisning:

Utvärdering av gruppträning för diabetiker typ 2

26 patienter med HbA1c över 70 mmol bjöds in till gruppträning. Av dessa tackade 6 patienter ja till att delta. Strax innan start hoppade två patienter av, orsak som lämnades var längre utlandsresa respektive dagen för träning var olämplig.

4 startade med träning. Ytterligare patient hoppade av efter en träning då förhinder för aktuell träningsdag förelåg.

Totalt genomfördes 8 träningstillfällen

Resultat för de tre återstående är:

Resultat före gruppträning	Antal träningstillfällen	HbA1c	Vikt	Blodtryck	Upplevd kondition
Patient A		82	112	110/74	4
Patient B		70	86,7	110/80	2
Patient C		73	95,3	120/70	6
Resultat efter gruppträning	Antal träningstillfällen	HbA1c	Vikt	Blodtryck	Upplevd kondition
Patient A	8/8 +32 g 20 min promenad	78	109	78/60	6
Patient B	7/8, ingen egen träning	65	86,4	130/80	8
Patient C	4/8 egen träning vid två tillfällen	73	95	120/70	7

Det går inte dra några stora vetenskapliga slutsatser då undersökningsmaterialet är för litet, snarast handlar det om en värdering utifrån ett kvalitativt perspektiv.

Några slutsatser kan man dock dra.

- Ingen har försämrat sina värden, tvärtom så finns en positiv trend.
- Samtliga har en upplevd bättre kondition än vid start trots en i vissa fall begränsad träningsinsats. För patienten borde det innebära en upplevd bättre livskvalitet. Det har dock inte varit en endpoint i värderingen.
- Bortfallet är stort när det gäller att rekrytera patienter för gruppträning och intresset är svårt att väcka. Här kan val av dag, alltså formen för hur det erbjuds påverka att det blir svårt att delta alternativt vara en hög tröskel för patienter. I en uppföljande intervention så kan det var intressant att ställa frågan om vad som är framgångsfaktorer för att fullfölja träning och att bibehålla det ur patientens perspektiv.
- En patient har haft en positiv påverkan på alla sina parametrar. Det är den patient som också har lagt ner mest tid på träning.
- Metoden för att undersöka kondition hos patient har inte varit optimal då den var begränsad till patienter under 100 kg, dessutom stod en av patienterna på betablockad vilket påverkade möjligheten för att mäta konditionen på ett bra sätt.

8 Strukturerat omhändertagande av patient med förhöjt blodtryck

Vårdcentral:	Hälsocentralen Falken
Projektbeskrivning:	
Bakgrund: Vi har noterat att patienter ofta bokar tid för blodtryckskontroller med korta intervaller, utan att någon åtgärd planeras. Vid jämförelse mellan februari 2017 och februari 2019, ser vi att antalet enskilda besök på DSK-mottagning för kontroll av blodtrycket har ökat med 47%. Många patienter kontrollerar även sitt blodtryck i hemmet, och har med sig listor med sina värden som inte sällan är avvikande. Syfte: Minska tiden mellan uppmätt högt värde och behandling. Att hälsoriskerna avtar och patienten får behålla sin livskvalité. Kostnad och tidsbesparing både för patienter och mottagning. Metod: Medrave samt QlicView. Upprätta PM för tillvägagångssätt vid uppmätt förhöjt värde. Avsatt tid för läkare och sjuksköterskor en timme/vecka för genomgång. Mål: Minska antal besök utan att medelblodtrycksvärdet försämrats. Friskare och nöjda patienter. Fler lediga tider i tidboken. Minskad belastning på läkaren.	
Projektredovisning:	
Beskrivning: Då förhöjt värde uppmäts vid blodtryckskontroll, bokas ytterligare två besök in med en veckas mellanrum. Efter det tredje besöket tas patienten upp på nästkommande blodtrycksrond. Då avgör läkaren om det behövs medicinjustering, 24-timmars blodtrycksmätning etc. Patienten kontaktas och informeras om vad som blivit bestämt. Samtliga sjuksköterskor är aktiva i projektet. Svårigheter: Att påverka patienters riskfyllda levnadsvanor. Patienter kommer inte på uppföljningsbesök enligt planering. Måluppfyllnad: Bättre kontroll av våra blodtryckspatienter, deras värden och läkemedel. Kortare tid mellan uppmätt högt värde och insatt behandling. Patientnöjdhet, känner sig väl omhändertagna. Mindre störningsmoment för läkaren, då vi har rond en gång/vecka. Personalen känner sig trygg.	

Tolkning av resultat:

Vi ser att antal besök för kontroll av blodtryck har ökat från 229 st för perioden år 2018, till 282 år 2019 sedan projektstarten. Detta ser vi som en övergående period.

Samtidigt ser vi att antalet patienter med för högt värde ligger lika, men patienter med värde under 140/90 har ökat från 88st till 138 enligt MedRave.

Mätning av tiden mellan uppmätt högt värde till insatt behandling har minskat signifikant.

Vid kontroll september 2018 samt september 2019 ser vi att tiden minskat från 14 till 4,5 dagar.

Väntetiderna för adekvat behandling är svårbedömda, då vi inte hade strukturerat omhändertagande tidigare.

Förbättringsområde:

Vi kommer att fortsätta att arbeta efter den modell vi utformat under projekttiden då vi tycker att det fungerar bra.

9 Utvärdering av distansmonitorering

Vårdcentral:	Ingelstad
Projektbeskrivning:	
Vi kommer under året att arbeta med ett pilotprojekt som innebär att en utvald patientgrupp får möjligheten att testa hem-monitorering med digitala plattor. Projektplan är utarbetad och vi kommer att utvärdera för- och nackdelar med digitala plattor samt utforska möjlig nytta för vissa patientgrupper. Läkare kommer att välja ut lämpliga patienter och göra en vårdplan. En DSK kommer att sköta det praktiska med installation och hantering av utrustningen, hon kommer också att vara den person som varje arbetsdag kontrollerar de värde som patienten har skickat in, ev kontakta läkare samt ha ett skype-möte med patienten vid behov. Vår frågeställning för detta arbete är: • Vilka patienter har vi i primärvården som är lämpliga? • Hur fungerar utrustningen? • Vilka insatser är det som kräver läkare? • Hur mycket tid tar det för dsk i anspråk? Vi kommer efter att projektet har slutförts titta på i MedRave hur många besök här på VC har patienten haft samma tidsperiod föregående år som under projektiden.	
Projektredovisning:	
Hur fungerar utrustningen? När det gäller utrustningen och hur den har fungerat så kommer vi att sätta ihop någon slags enkät som patienten får svara på och vi hoppas att vi ska kunna få fram en enkät om någon vecka. Dsk som har arbetat med distansmonitoreringen har haft regelbundna möte med övriga i projektet och hon har sedan några veckor tillbaka även haft telefonmöte med Cuviva varje vecka. • Uppkopplingen har med hjälp av Cuviva fungerat men inget som vi själva hade kunnat lösa. • V har haft stora problem med saturationsmätaren, patientens värde har inte gått över till plattan och pat har då själv fått notera värdet och vid vissa tillfällen så har inte värdet visats alls på mätaren. • Blodtrycksvärdet har inte stämt när det gäller flimmerpatienter och vi har då fått för höga uppmätta värde och vi har vid ett par tillfälle fått åka hem till patienten för att kontrollera värdet. • Pulsen som pat fått via blodtrycksmanschetten och pulsen som en patient noterat till oss som han har fått via saturationsmätaren stämmer inte, det har kunnat skilja nästan 50 slag vid något tillfälle. • Viktigt att man ställer sig rätt på vägen annars blir det mycket olika värden. Cuviva har informerat oss om att de har haft problem med saturationsmätaren och har kontakt med sin leverantör. När det gäller blodtrycket så hade de samma dag som vi pratade med dem fått information om att det inte fungerar hos patienter med flimmer. Vilka insatser är det som kräver läkare? Det är läkaren som behöver se över vilka patienter som är lämpliga och vi har också valt att det är läkaren som frågar patienten om de vill vara med i ett pilotprojekt av den anledningen att de känner läkaren bäst och har en stor tilltro till honom/henne. Det är läkaren som måste lägga in i uppmärksamhetssignalen att patienten är med i ett pilotprojekt och det är även läkaren som måste sätta målvärde och vilka åtgärder som man ska göra. Nu när plattorna är igång så tar det ca 15 minuter/vecka för läkaren.	

Hur mycket tid tar det för dsk i anspråk?

Dsk mäter dagligen tiden hon lägger ned på distansmonitorering.

Det är distriktssköterskan som efter att läkaren har fått ett ok av patienten tar kontakt med henne/honom. Hon skickar ut blanketter och bokar in ett hembesök. Hembesök görs av två sjuksköterskor och tar allt från 1,5–2,5 timme beroende på var patienten bor och hur lång tid det tar att installera. Dsk läser dagligen av kontrolltornet 1 gång/dag och ringer även upp patienten vid tillfälle då hon inte tycker att värdena ser tillförlitliga ut. Hon har även vid några tillfällen fått åka hem till patienten. Hon har även ett avstämningsmöte med varje patient 1 gång/vecka. Det tar i dagsläget ca 3-4 timmar/vecka. Distriktssköterskan har också sedan den 1 september varit på möte ang distansmonitorering och tidsåtgången för det har varit ca 12 timmar samt 12 timmar för avdelningschef. Tiden det har tagit för installation av de fem plattor som för närvarande är igång är cirka 10 timmar, man har då åkt ut två stycken så totalt 20 timmar.

Tyvärr har vi inte så många mätvärden ännu då pilotprojektet kom igång mycket senare än vad vi hade beräknat.

10 Uppföljning inhalationsteknik

Vårdcentral:	Lammhult
Projektbeskrivning:	
Bakgrund. Astma/Kol sköterska vill erbjuda astma/kol patienter ett uppföljande videomöte i inhalationsteknik efter insättning av inhalator. Vi har upplevt att patienter inte alla gånger har uppfattat hur man använder sin inhalator för att få maximal effekt. Syftet. Vi är intresserade av att följa upp patienten en extra gång för att säkerställa rätt inhalationsteknik. Målet. Patienterna ska känna sig trygga med sin nya inhalator och använda rätt teknik. Målet är också att erbjuda patienten ett videomöte för att öka tillgängligheten. Vikten av att använda rätt inhalationsteknik hos Astma/Kol patienter. Frågor som vi vill ha svar på. • Har patienten uppfattat instruktionerna vid första besöket. Är det av värde att ha ett uppföljande besök. • Fungerar det bra att använda digitala verktyg som videomöte vid uppföljningarna. Mätning. - Hur många patienter har uppfattat rätt teknik vid första besöket. - Antal erbjudna videomöten - Antal utförda videomöten	
Projektrevisning:	
Patienter med diagnos Astma eller Kol tillfrågades vid fysiskt besök hos Astma/Kol sköterska eller Läkare om de kunde vara med att testa Distanskontakt Video, för genomgång av inhalationsteknik. Patienten fick ladda hem Appen Min Hälsa. Sen bokades det en Distanskontakt Video via Cambio Cosmic i tidboken. Astma/Kol sköterska ringde upp patienten på den inbokade tiden via Appen Min Hälsa. Mätning. - 6 patienter blev erbjudna videomöten. - 5 tackade ja till erbjudandet. - En patient kunde inte ladda hem Appen. Troligtvis tekniskt fel i patientens mobiltelefon. - En patient blev det tekniskt strul vid videomötet. Patienten kunde se och höra vårdgivaren men vårdgivaren kunde inte se eller höra patienten. Troligtvis var det utformningen på patientens mobiltelefon. Ärendet skickade till IT. - 3 stycken videomöte blev tekniskt lyckade. Hur många patienter hade uppfattat rätt inhalationsteknik vid första besöket av de tre som genomfördes via distanskontakt. En av tre hade rätt inhalationsteknik vid den uppföljande videomötet. De som hade fel teknik fick genomgång av inhalationstekniken via distanskontakten. Kvalitén på videomötena som utfördes upplevdes bra av både patient och av Astma/Kol sköterskan. Ett uppföljande videomöte med patienten om rätt inhalationsteknik verka ändå vara av värde för de som vi har utfört. Fördelen med videomöte är att patienten inte behöver komma till vårdcentralen fysiskt.	

11 Lipidstatus hos patienter med hypertoni

Vårdcentral:	Lenhovda
Projektbeskrivning:	
Problem: Enligt MedRave har 24% av patienter med diagnostiserad hypertoni inte kontrollerat lipidstatus senaste 12 månaderna. Detta kan leda till att patienterna inte får en optimal behandling. Metod: Via MedRave och genom kontakter på vårdcentralen skall patienter med hypertoni som inte kontrollerat lipidstatus identifieras och erbjudas kontroller. Samtidigt görs översyn av livsstilsfaktorer och medicinering. Mål: Inom ramen för projektet är målsättningen att 85% av patienter med diagnostiserad hypertoni skall kontrollerats med lipidstatus och livsstilsfaktorer.	
Projektredovisning:	
Hypertonisjuksköterskan träffade flera patienter med diagnostiserad hypertoni som inte kontrollerats med lipidstatus de senaste 12 månaderna vilket kan leda till att de inte får en optimal behandling. Hypertonisköterskan tillsammans med avdelningschef identifierade då via MedRave de patienter som saknade lipidstatus. Dessa patienter har prioriterats och kallats för kontroller med lipidstatus och samtidigt har man gjort översyn av livsstilsfaktorer och medicinering. Listorna har också använts för att fånga de patienter som själva sökt vårdcentralen och som inte heller har haft adekvata kontroller utifrån projektet. Dessa patienter har också erbjudits kontroll med lipidstatus och översyn av livsstilsfaktorer och medicinering. När vi i ingången av arbetet kollade aktuella siffror i MedRave var det 24% av patientgruppen som inte kontrollerats med lipidstatus de senaste 12 månaderna. Dessa patienter har prioriterats för kallelse under pågående arbete. Vid arbetets slut var det 28% som inte hade kontrollerats med lipidstatus under senaste 12 månaderna. Genom detta projekt har vi lärt oss att använda MedRave som ett bra verksamhetssystem för att identifiera behov hos våra patienter med kroniska sjukdomar. Detta möjliggör för oss att arbeta vidare med andra fokusområden och gör det möjligt för oss att bättre kunna prioritera vilka patienter vi kallar. Det kan sannolikt hjälpa oss att träffa de patienter som har störst behov och våra väntelistor blir då kortare och mer adekvata.	

12 introduktion av rollator till patienter med yrsel, balans- eller gångsvårigheter

Vårdcentral:	Läkarhuset i Ljungby
Projektbeskrivning:	
Patienter som är yra, har balans- eller gångsvårigheter eller är påverkade av vissa läkemedel, har en ökad risk för fall. Ofta har denna patientgrupp inga tidigare kontakter med hjälpmedelscentralen. Ofta ser de själva heller inte hur en rollator kan underlätta för dem, innan de provat en. Kan introduktion av rollator till patienter med yrsel, balans- eller gångsvårigheter vid vårdcentralsbesöket leda till att de skaffar en egen och känner sig tryggare vad gäller fallrisk?	
Projektrevisning:	
Åtgärd genom samarbete med kommunens hjälpmedelscentral i Ljungby: Hjälpmiddelscentralen placerar en rollator på vårdcentralen samt en broschyr innehållande aktuella tjänster och kontaktuppgifter. Process: Patienter med yrsel, balans- eller gångsvårigheter bokas till läkare och/eller sjukgymnast för bedömning och behandling. De erbjuds att provgå med en rollator i samband med besöket. Patient som upplever att rollatorn ger hjälp i nuvarande situationen och vill medverka i projektet, fyller i projektets bas formulär (Bilaga 1). Journalanteckning skrivs av vårdgivare angående åtgärden. Patienten får hjälpmedelscentralens broschyr och vid behov erbjuds hjälp med telefonkontakten till hjälpmedelscentralen. Bas formulären förvaras inlästa. Utvärdering: Patienterna som ingår i projektet kommer att ringas upp en månad efter erbjudandet. Patientformuläret för uppföljning (Bilaga:2) används och telefonsamtalet journalförs. Vårdcentralens sjukgymnast som är projektledare och verksamhetschefen kommer att sammanställa projektets bas- och uppföljningsformulär för att se om syftet uppnåddes. Resultat: Projektets underlag är för litet för att avgöra om fallolyckor förebyggdes. Fem patienter inkluderades mellan 28 maj och 16 oktober. Tre uppgav tidigare fallolycka. De inkluderade uppgav symtomen: yrsel (2), rygg/ höfter/knä/ fot smärta (3), gångsvårigheter (3), balanssvårigheter (4) blodtrycksfall (1). Variation angående symtom per deltagare var ett till fyra. Projekttuppföljningen visade att ingen deltagare fallit. Deltagarna med rollator uppgav känslan av säkrare och stadigare gång, kommentarer angående smärta gavs inte. Projektet medverkade till att tre deltagare hade anskaffade rollatorer. En deltagare använde gångstavar. Ingen förändring hos en deltagare.	

13 Remissgenomgångar

Vårdcentral:	Rottne
Projektbeskrivning:	
Vi vill mäta effekten av de remissgenomgångar vi har på VC Rottne. Vi vill se om antalet avvisade remisser, antal skickade remisser påverkas. Vi vill också föra statistik på hur många vi klarar att ta hand om "själva" på vårdcentralen.	
Projektredovisning:	
Struktur i arbetet med remissgenomgång är 1 timma per vecka där alla läkare går igenom remisser innan de skickas iväg. Arbetet i remissgenomgången ger generellt en egenupplevd kvalitetsförbättring i våra remisser. Denna sker under mötet men också inför en gemensam dragning bland kollegor renderar i bättre och mer välskrivna remisser redan i första urvalet. Som läkare får man en automatisk betänketid. Vid de tillfällen som man väljer att avstå remiss känner man stöd i varandra. Upplever styrka i att bedöma inkommande remisser och tar gemensamt beslut när det gäller att avvisa remisser. Läkargruppen upplever att de lär sig mycket av varandra. Det handlar om hur de tänker och utreder olika sjukdomstillstånd. Det ger en särskild fördel för nya kollegor på VC. En annan stor fördel är att de får inblick i övriga patientarbetet som kollegor utför och kan leda till vetskap om hur patienter som är aktuella på VC vilket stärker kontinuitet perspektivet. Arbetet ger också ett komplement till ett större inflytande av checklistor och pm i form av en mötesplats för kliniskt tänkande och beslutsfattande. När vi nu försöker dra ut statistik ser vi att det inte går att få några siffror från antal skickade röntgen remisser eftersom den statistik som finns i QlickView enbart redovisar när undersökningen är utförd och inte när remisser har skickats. Antal listade 2018: 4919 antal besök 4137 2019:4971 antal besök 4052 Antal skickade remisser: 180901-180930 93 st 190930-190930 96 st Vi har kollat av vad klinikerna tycker om våra remisser, o lite olika input. Jag har kontaktat 10 verksamhetschefer och fått svar från 4 st. Alla positiva till upplägget, men hade inga direkta synpunkter. Någon kommenterade att remisserna ökat (det visste vi, med kliniken) Men man tycker man får bra remisser bra information vad vi gjort på enheten. Men man kan inte se att det minskat. Nån tyckte att Rottne var bäst i klassen när vi skickar remisser.	

14 Förskrivning av Ciprofloxacin

Vårdcentral:	Skärvet
Projektbeskrivning:	
Fluorokinoloner används mer än nödvändigt vid urinvägsinfektion utan feber hos både män och kvinnor, vilket är negativt både p.g.a. resistensutveckling och biverkningar. EMA:s säkerhetskommitté har dessutom nyligen varnat för att biverkningarna är vanligare och värre än tidigare trott. På vår VC utgör fluorkinoloner f.n. 11,5 % av urinvägsantibiotika till kvinnor i åldern 18-79 år. Vid projektets start ska läkargruppen ha en kort genomgång av nuläget och utbildas av MLA kring korrekt bruk av fluorkinoloner (vilket inkluderar även andra infektioner). Med hjälp av Medrave ska det sedan tas fram statistik månadsvis för icke-febril UVI hos kvinnor och män, och återkopplas på läkarmötena. Målet är att halvera förskrivningen. Som ett delarbete kommer även statistik tas fram för att undersöka om fokuset på fluorkinoloner har minskat den totala användningen vid projektets slut.	
Projektredovisning:	
Tillvägagångssätt Projektet startade med en baslinjemätning: med hjälp av QlickView räknade jag antalet förskrivningar av urinvägsantibiotika (pivmecillinam, nitrofurantoin, trimetoprim och Ciprofloxacin) hos kvinnor 15-79 år under den föregående 6-mån-perioden nov 2018 – apr 2019. Diagnoskod fanns inte tillgänglig i QlickView, utan det blev snarare ett mått på all form av urinvägsinfektion. Efter baslinjemätningen skrev jag ihop en PowerPoint-presentation och redovisade projektet grundligt på ett läkarmöte, med bakgrund, syfte, statistik över vår förskrivning, samt målsättning. Vi pratade tillsammans om rekommenderade läkemedel enligt STRAMA. Eftersom förskrivningen av Ciprofloxacin var så låg i absoluta tal togs det inte fram statistik månadsvis. Längs projektets gång har det dock påmint någon gång, och tillfällig personal har också uppmuntrats att följa STRAMA. Statistiken från QlickView var på gruppnivå; individuell återkoppling till läkarna prövades inte. Vid projektets slut mätte jag förskrivningen på nytt för att utvärdera förändringen. Resultat Baslinjemätningen visade 16 förskrivningar Ciprofloxacin av totalt 131 förskrivningar av urinvägsantibiotika (12 %). Slutmätningen visade att vi under 6 mån-perioden maj-okt 2019 förskrev urinvägsantibiotika 176 gånger, varav Ciprofloxacin 14 gånger (8 %). Hyrläkare stod för 13 av dessa 14 förskrivningar (93 %), trots att de bara stod för 30 % av samtliga förskrivningar. Skillnaden i proportioner mellan mätningarna var inte statistiskt signifikant ($p=0,2$, Pearson X^2-test). Diskussion & slutsatser Mätningen visade en icke-signifikant minskning av Ciprofloxacin från 12 % till 8 % i gruppen urinvägsantibiotika. De absoluta talen är små och därmed osäkra. Ett tydligt samband sågs mellan hyrläkare och förskrivning av Ciprofloxacin. Mätningen tog inte hänsyn till eventuell febril infektion, vilket är en svaghet. Ytterligare undersökning behövs i MedRave för att få fram statistik på okomplicerade infektioner. Individuell återkoppling till läkare kan vara mer användbart än gruppinformation, särskilt när det gäller inhyrd personal.	

15 Rätt läkemedelsbehandling mot osteoporos

Vårdcentral:	Sländan
Projektbeskrivning:	
<u>Syfte:</u> Rätt läkemedelsbehandling mot osteoporos. <u>Metod:</u> Identifiera patienter med behandling med Alendronat mot osteoporos i MedRave och värdera om det finns indikation för fortsatt behandling eller om behandling ska avslutas. <u>Nuläge:</u> Patienter upptäcks emellanåt ha pågående behandling med Alendronat för länge.	
Projektrevisning:	
<u>Utfall:</u> 47 av Sländans patienter har behandling med Alendronat enligt MedRave. Av dem har 9 patienter haft behandling längre än 5 år, 7 av dem enligt plan och 2 utan plan. 7 patienter med mer än 5 års behandling hade en plan: - Kvinna född -50: 5 år i maj 2019; remiss skickas då för ny mätning och här efter planeras eventuellt Aclasta, då senaste mätningen 2015 visat tveksam effekt - Kvinna född -48 med psykisk utvecklingsstörning boende på särskilt boende, hade Alendronat 2008-2016, återinsatt 2018 efter att bentäthetsmätning visat försämring, ny mätning planeras 2020 - Kvinna född -34: behandling sedan 2012, bentäthetsmätning 2017 visar god effekt och fortsatt behandling rekommenderas då upp till 10 år då pat står på prednisolon - Kvinna -47 bentäthetsmätning 2017 efter 5 års behandling med rekommendation om fortsatt behandling till 7 år - Man -41 avslutad beh -16, ny mätning -18 visar behov av ny behandling, rekommendation ytterligare 5 år - Kvinna -39 insatt 2014, mätt 2017 och då rekommenderas behandling till sammanlagt 7 år - Man -58 behandling sedan 2014, remitterad för uppföljande bentäthetsmätning inför avslut, svar ännu ej kommit 2 patienter hade ingen plan: - Kvinna -25: behandling sedan 2013, nyss årskontroll med nytt recept, nu utsatt - Kvinna -47 behandling sedan 2010, plan saknas, läkemedel sätts ut och ny mätning planeras Konklusion: Fortsatt uppmärksamhet krävs vid förnyelse av recept på Alendronat så att vi tar ställning till behov av utsättning av läkemedlet eller ny uppföljning. I merparten av fallen är det gjort.	

16 Minska förskrivning av olämpliga läkemedel till äldre (över 75 år)

Vårdcentral:	Smålandshälsan i Ljungby
Projektbeskrivning:	
Syfte: Vår tanke är att det är viktigt att komma in tidigare i sjukskrivningsprocessen med vår "Nya strategi" än nu. Detta för att tidigare få ned antalet långtidssjukskrivna snabbare jämfört med tidigare. Metod: Vår "Nya strategi" kommer att innefatta <u>mycket</u> tidigare kontakt med arbetsgivaren (treparsamtal) samt för patienten utökade tidigare kartläggningssamtal med rehab-koordinatör. Tidigare träffade patienten oftast enbart doktorn, sjukgymnasten och KBT-terapeuten. Patienten kommer nu också att få delta mer aktivt i sin egen rehabiliteringsprocess i form av en enkät från rehab-koordinatör inför varje ev förlängning av sjukskrivning. Patienter kommer att få träffa <u>samma doktor</u> genom hela processen. Rehabkoordinatör har total översikt i sjukskrivningsprocessen. Vi kommer att jämföra långtidssjukskrivningstalen >180 dagar för december 2018 t o m februari 2019 med juli t o m september 2019. Fråga: Är vår "Nya strategi" effektiv på kort eller lång sikt? Kan vi med denna metod/strategi minska långtidssjukskrivningstalen >180 dagar snabbare för denna patientkategori vad gäller antal dagar, procentuellt och med differentierad sjukskrivningsgrad?	
Projektrapportering:	
Sammanfattning: Vår "Nya strategi" i sjukskrivningsprocessen har varit effektiv både på kort och lång sikt. Kortsiktigt fångar vi upp och informerar patienten i ett tidigt skede att de själva måste vara mera delaktiga i och ansvariga i sjukskrivningsprocessen. Långsiktig konsekvens är att de snabbare kommer tillbaka i deltidsarbete eller någon annan form av sysselsättning (samverkan, studier, arbetsträning, mm) Totalt: Minskade långtidssjukskrivningarna över 180 dagar med 17,5% i de jämförda perioderna. Så här gick vi till väga: Messenger skickas av läkare till rehab koordinatör efter första besöket. Även Tele-Q-sköterskorna skickar sådant messenger om överhängande risk för sjukskrivning föreligger. Psykiatriresurserna och fysioterapeuterna agerar på samma sätt. Detta genererar en snabb kontakt för bedömning. Vi erbjuder tidig kontakt med arbetsgivaren i form av trepartssamtal vilket enligt vår patientenkät visat sig vara mycket uppskattat. Även i rehabteamet tas patientens problematik upp. Vid fortsatt sjukskrivning tar patienten direkt kontakt med rehabkoordinatör som bokar in nytt läkarbesök hos samma läkare för bra/bättre kontinuitet. Rehabkoordinatör har alltid fast telefontid vilket patienterna enligt enkäten uppskattat. Enligt patientenkäten har patienterna känt sig mera delaktiga i rehabprocessen.	

Resultat:

Sjukskrivningsgrad: december-2018 t o m februari-2019

100%	=	127 st
75%	=	21 st
50%	=	39 st
25%	=	25 st

Sjukskrivningsgrad: juli-2019 t o m september-2019

100 %	=	115 st
75 %	=	12 st
50 %	=	26 st
25 %	=	15 st

Totalt antal sjukfall december 2018 t o m februari 2019 = 175 st

Över 180 – 365 dagar	= 30 st	
Över 365 dagar	= 50 st	Totalt 80 st

Totalt antal sjukfall juli 2019 t o m september 2019 = 149 st

Över 180 – 365 dagar	= 22 st	
Över 365 dagar	= 44 st	Totalt 66 st

Detta är inte genomgående samma patientstock utan en del har tillkommit och utgått under perioderna.

Sjukskrivningstalen har minskat i alla åldersgrupper liksom diagnoserna i grupp F och M.

17 Minskning av antal remisser för slätröntgen ländrygg

Vårdcentral:	Tingsryd
Projektbeskrivning:	
Under 2018 beställde vårdcentralen i Tingsryd 128 slätröntgen ländrygg och 57 MR ländrygg. Läkare vid vårdcentralen hade totalt 409 patienter som fick någon av diagnoskoderna M549P (136 ind.), M544 (133 ind.) och M545 (140 ind.). Motsvarande individer vid vårdcentralen som kom till fysioterapeut, M549P (36 ind.), M544 (47 ind.) och M545 (66 ind.). Motsvarande individer vid vårdcentralen som kom till arbetsterapeut, M549P (4 ind.), M544 (2 ind.) och M545 (2 ind.). Traditionell röntgen av ländryggen har länge varit föremål för diskussion. De flesta av dessa torde vara onödiga och riskerar att ge en falsk trygghet. Medicinska rådet för Bild- och funktionsmedicin i Södra sjukvårdsregionen och BackUpp-projektet framhåller att betydligt färre patienter än vad som är fallet idag behöver genomgå radiologisk diagnostik och att de fall som behöver en undersökning i första hand ska genomgå en begränsad MR-undersökning, en s.k. MR-översikt (MRÖ). Detta innebär att MRÖ i flertalet fall har genomförts innan patienten remitteras till ortoped- eller reumatologspecialist. Vi kommer under 2019 arbeta efter ett flödesschema för ländryggssmärta. I framtagandet av detta schema har vi tittat på Region Skånes vårdprogram för ländryggssmärta och Region Jönköpings vårdprogram för patienter med ländryggssmärta. Flödesschemat kommer förankras hos samtliga professioner såsom sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och läkare. För oss är det viktigt att utarbeta en gemensam syn över de olika yrkesgränserna för hur utredning och behandling av ländryggssmärta ska ske. Syftet med att skapa ett flödesschema på ländryggssmärta är att vi vill ha underlag för en god systematisk behandling av dessa patienter som i sin tur kan bidra till en mer jämlik och evidensbaserad vård. Vi vill främja patienternas delaktighet och motivering till egenvård. Vi önskar minska våra röntgenundersökningar på ländrygg samt öka besök till fysioterapeut och arbetsterapeut. Vi kommer utvärdera och följa upp vårt arbete genom att jämföra statistik från 2018 med 2019 på ländryggsröntgen och antal besök med diagnoskoderna M549P, M544 och M545 hos läkare, fysioterapeut och arbetsterapeut. Vår MLA vid vårdcentralen kommer granska utgående radiologiska remisser för att säkerställa att det finns en följsamhet till flödesschemat.	
Projektrevisning:	
Under 2018 utförde Tingsryds vårdcentral flest slätröntgen ländrygg och MR ländrygg i regionen. Läkare, fysioterapeuter och rehabkoordinator har tillsammans utformat ett vårdprogram för ländryggssmärta. Syftet med programmet är att våra patienter ska hamna på rätt vårdnivå och att undgå röntgen hos de patienter där det ej skapar mervärde i behandlingen. Samtidigt upprättade vi också en rutin där MLA på enheten granskar utgående radiologiska remisser och remissgrupp är också uppstartad på enheten. Vårdprogrammet presenteras på APT för samtliga anställda vid vårdcentralen. Vårdprogrammet delade ut i Tele-Q hos sjuksköterskorna som bokar in patienter. Vårdprogrammet förankrades väl hos alla läkare vid flertal möten. Under 2019 har beställda MR ländrygg minskat med 48% och slätröntgen ländrygg minskat med 52%. Utifrån diagnoskoderna M549P, M544 och M545 så har vi sett följande: Besöken till sjukgymnast har ökat 25% Besöken till läkare minskade med 13%	

Besök till arbetsterapeut oförändrat

Vi kan uteslutande konstatera att vårdprogrammets syfte är uppfyllt. Vi ser dock att vi behöver arbeta vidare med besök till arbetsterapeut.

Arbetsättet med ett tydligt flödesschema har visat sig vara framgångsrikt på vår vårdcentral så vi kommer i framtiden försöka arbeta mer med vårdprogram.

Vi kommer även försöka följa besöken till psykosocial resurs framöver då vi önskar öka dem. Då det var svårt att få ut besöksstatistik till psykosocial resurs, så var de ej med i detta utvecklingsarbetet

18 Förbättrade andningsresultat av fysisk aktivitet för patienter med KOL

Vårdcentral:	Unicare
Projektbeskrivning: 12-15 patienter som har diagnosen KOL hos oss på Unicare vårdcentral ska erbjudas hjälp till att bli mer andningsstarka. Ökad fysisk aktivitet ger alltid ett bättre mående för KOL-patienter. Vi vet att, vissa patienter, kan uppleva det som lite skrämmande och ångestfyllt att provocera/träna på att bli andfädd. Dessa patienter kan också känna motstånd och rädsla inför att besöka en träningslokal och detta vill vi också avdramatisera. Vi vill alltså hjälpa dessa patienter att våga bli starkare. De olika aktiviteterna ska utföras i grupp. Vi kommer ta ut statistik kring KOL-patienter från MedRave. Arbetet inleds med ett informationstillfälle för patienterna där vi informerar om sjukdomen KOL. Information om vad patienterna själva kan göra för att förbättra sin livskvalité kommer ges samtidigt. Vid samma informationstillfälle kommer vi presentera de olika aktivitetsalternativ som vi kommer att erbjuda. Prova-på-alternativen som kommer ges och de som kommer avses är följande: • Cirkelträning - Konditionsträning • Traditionell styrka • Andningsteknik • Mediyoga Vi kommer utvärdera måendet genom att jämföra gångtester före och efter samt genom att använda ett skattningsformulär. CAT är ett validerat skattningsformulär som vi kommer använda både före och efter. Detta skattningsformulär används ofta av Astma/KOL-sköterskorna. Projektet syftar till att se ett förbättrat andningsresultat av fysisk aktivitet (de utvalda här ovan). På sikt kan vi eventuellt komma att studera specifik aktivitet. Då vill vi först ta reda på om vi ser ett större intresse för någon av de aktiviteter som vi här erbjuder. Men det primära är dock och påvisa att oavsett fysisk aktivitet, förbättrar måendet. Samt se att det eventuella motståndet och rädslan för träningen minskat.	
Projektredovisning: Sju patienter deltog i de fyra olika aktiviteterna under perioden 30/4 – 23/5. De fyra aktiviteterna var fördelade på åtta olika tillfällen. Utvärderingen gjordes med hjälp av en skattningskala (se bifogad skattningskala) där patienten själv skattar sig mellan 0-5. Sammanlagt fanns det åtta olika frågor. En gemensam sammanslagning av för- och efter-värde visar att besvären varit ganska spridda men jag ser att gruppen generellt har ganska lindriga besvär. Om en patient skulle skatta sig jättedålig/sjukast på alla frågor så skulle den haft 40 skattningspoäng. I vår grupp skattade den som mätte sämst 19 poäng sammanlagt och de två som var mest besvärsfria 5 poäng/patient. Det som är konstigt är att generellt så upplever sig patienterna sämre då frågorna skattas igen efter att de tränat under fyra veckor. Efter att intervjuat dem några veckor senare så inser vi dock att de alla idag mår bättre i sin andning. Innan de gick ”Andningsstark” tränade dessa personer inte alls enligt någon organiserad träning. Träningen var populärt rakt igenom men styrketräning och promenader på löpbandet är det som idag är mest populärt. En del av dem har gått ner i vikt och alla känner sig mycket starkare. Det är ju inte unikt att ovana vid träning kan uppleva träningen jobbigare efter några gånger. Men resultatet påvisar alltså förbättring hos alla.	

19 Minska förskrivning av sömnmedel

Vårdcentral:	Växjöhälsan
Projektbeskrivning:	
Från 2017 till 2018 ökade antalet listade patienter som fick sömnmedel och lugnande medel (N05C) från 324 till 397 stycken, 22%. Under samma period ökade antal listade med 3,5%. 2018 fick 107 patienter diagnosen sömnstörning (F51, G47). Samtidigt förskrevs Zopiklon till 205 patienter och Zolpidem till 60 patienter för att lyfta fram de 2 vanligaste sömnmedicinerna. Det finns en diskrepans mellan diagnos och förskrivning. Zopiklon och Zolpidem är båda narkotikaklassade och därmed beroendeframkallande. Målet med projektet är att bryta den uppåtgående trenden gällande förskrivning av narkotikaklassad sömnmedicinering. Patienter < 30 år kommer att prioriteras. Under 2018 fick 32 listade patienter <30 år sömnmedel och lugnande medel (N05) varav 10 patienter fick Zopiklon och 1 patient fick Zolpidem. - Öka kompetensen kring sömnstörning och sömnmedicinering i personalgruppen genom föreläsning. - Erbjuder samtliga patienter som söker för sömnproblem ökad kunskap genom föreläsning av psykolog/psykosocial resurs. - Erbjuder telefonuppföljning till patienter med sömnstörning, både till dem som blir insatta på medicinering men också de som inte blir det. - Förespråkar minskad användning för de som redan står på medicinering, tex att ta medicinen 3 gånger/vecka istället för varje kväll. - Undvika läkemedelsförskrivning vid första besöket när sömnstörning tas upp. - Vid förskrivning undvika beroendeframkallande läkemedel och när det trots allt är aktuellt välja liten förpackning. - Individuellt besök till dsk för patienter under 30 år som vill förnya sitt recept på Zopiklon och Zolpidem. Uppföljning sker genom statistik på antal patienter som får förskrivet sömnmedel och lugnande medel (N05C), samt Zopiklon respektive Zolpidem. Separat statistik på patienter <30 år.	
Projektredovisning:	
Utvärdering - Samtlig personal har erbjudits, och de flesta deltog, i en internutbildning av psykolog och läkare angående sömn och sömnmedicinering. - 27 patienter har varit inbokade för sömnföreläsning under projekttiden. Alla som sökt för sömnstörning eller bitt om receptförnyelse för sömnmedicin har erbjudits att delta. - Telefonuppföljning till patienter med sömnstörning har endast skett i enstaka fall. - Att förespråka minskad användning tex 3 dagar/v istället för varje kväll har inte skett på något strukturerat sätt. Vid inläsning i ämnet har också framkommit att detta kan vara fel väg att gå då "varannan natts sömn" kan förstärka kopplingen mellan sömntablett och god sömn. - Individuellt besök till dsk för patienter under 30 år genomfördes vid ett tillfälle vilket medförde att förskrivningen avslutades. I de flesta fall fanns en psykiatrisk samsjuklighet och sömnmedicineringen var initierad från psykiatrien. Statistik - Vid projektets sluttid hade 347 patienter fått sömnmedel och lugnande medel (N05C) utskrivet senaste 12 månaderna. Motsvarande siffra 12 månader 2018 var 397 patienter. Minskning med 12%.	

- Vid projektets sluttid hade 321 patienter fått antingen Zopiklon eller Zolpidem utskrivet senaste 12 månaderna. Motsvarande siffra 12 månader 2018 var 265. Ökning med 21%.
- Vid projektets sluttid hade 5 st patienter <30 år fått Zopiklon och/eller Zolpidem utskrivet senaste månaderna vilket är samma siffra som för 12 månader 2018.

Slutsats

- Sömnmedel är fortfarande en av våra vanligaste läkemedelsförskrivningar. Zopiklon på tredje plats och Zolpidem på 17:e plats sett till hur många patienter som får läkemedlet utskrivet från VC Växjöhälsan. Vi har under projektet legat stabilt gällande Zopiklon och Zolpidem till patienter under 30 år. När det gäller patienter över 30 år tyder siffrorna på en minskning totalt sett av sömnmedel och lugnande medel (N05C) men förskrivningen av de vanligaste läkemedlen i gruppen Zopiklon och Zolpidem har ökat. Siffrorna är svåra att tyda då vi haft en ovanligt stor rörelse i vår listningsstock pga att vår verksamhet gjort en fysisk flytt.

Framåtblick

- Lägga stor vikt vid introduktion av ny personal t ex AT-läkare för att bidra till ett restriktivt förskrivningsmönster gällande sömnmedicin.
- Utforma en tydlig strategi för vilket stöd vi erbjuder vid sömnsvårigheter när medicin inte förskrivs.
- Aldrig förnya tillfälliga recept på sömnläkemedel utan minst telefonkontakt med läkare.
- Utforma en tydligare strategi vid utsättning av sömnmedicinering. Ett samarbete mellan KBT-terapeut, läkare och distriktssköterska.

20 Minska blodtryck och LDL hos patienter med diabetes typ 2

Vårdcentral:	Åseda
Projektbeskrivning:	
Problem: Enligt uppgifter tagna från MedRave så har vi identifierat 177 patienter med diabetes som har ett för högt bltr och/eller för högt LDL på grund av att de är obehandlade eller underbehandlade. Metod: Med hjälp av statistiken från MedRave erbjuds patienter nya kontroller hos undersköterska och vid behov läkarbedömning för ev behandling. De patienter som rekommenderas ny eller förändrad behandling kommer att följas upp med nya provtagningar och kontroller under hösten Mål: Genom att förbättra värdena gällande bltr och LDL, minska riskerna för denna patientgrupp att drabbas av kardiovaskulära komplikationer och följsjukdomar.	
Projektredovisning:	
Diabetessköterskan upptäckte att flera av vårdcentralens patienter hade ett för högt blodtryck och/eller ett för högt LDL. Dessa sämre värden skapar risk för kardiovaskulära komplikationer och följsjukdomar för våra patienter vilket i sin tur skapar ett lidande samt vårdkrävande tid. Målvärdens som vi bestämde oss för var blodtryck > 130/70 samt LDL >2,0. Själva arbetet har gått till enligt följande. Avdelningschefen och medicinsk ledningsansvarig, MLA, har via MedRave identifierat riskpatienterna. Därefter gjorde MLA en bedömning av vilka vi skulle kalla. Undersköterskan träffade patienterna som tyvärr inte hann bli fler än 12 st innan hon slutade. Patienterna som accepterade inbjudan fick en besökstid där blodtrycket uppmättes och livsstilsfrågor ställdes och dokumenterades. Blodfetterna kontrollerades och svaret gick till MLA. En patient uteblev, fyra erbjöds 24-timmars blodtrycksmätning, tre patienter fick behandling och uppföljning planeras. De andra kontrollerades och hade bra värden. Initialt var det 177 patienter som var identifierade (2019-03-09) och sökningen 2019-11-29 identifierade 160 patienter som hade värden som var högre än målvärdena. Vår insikt är att MedRave är ett bra verktyg för att identifiera ”rätt patienter” för dessa åtgärder. Vi kommer fortsätta detta arbete på undersköterskemottagningen för att minska komplikationer för våra patienter.	