

Redovisning utvecklingsarbeten/kvalitetsarbeten

2024-11-28



Program 2024-11-28

Tid	Programpunkt	Verksamhet
13.20- 13.30	HVK	
13.30 – 13.50	Samarbete med lokala föreningar	Andersberg Din hälsocentral
13.50-14.10	Ökad tillgänglighet, vårdkvalitet och stöd för de kroniskt somatiskt sjuka	Hälsocentralen City
14.10-14.30	Fika	
14.30-14.50	Personcentrerad diabetesvård	Premicare
14.50-15.20	Pilotprojekt sköterskeledd mottagning/vårdsamordnare för patienter med psykisk ohälsa samt Fast vårdkontakt	Delsbo Din hälsocentral samt övergripande Norra Hälsingland
15.20-15.30	Avslut	HVK

HLR utbildning för boende i Andersberg



Bakgrund till idén

Kvinna fick hjärtstopp i centrum utomhus. Trots att det var mycket folk där tog det tid innan hjälp tillkallades och HLR inleddes.

Tankar i efterförloppet var ju naturligtvis varför ingen gjorde något.

När jag dagen efter gick och pratade med människor som jobbar och uppehåller sig i centrum visade det som jag misstänkte, man vet inte vad man ska göra och man är rädd att göra fel.

När jag ställde frågan om dem skulle vara intresserade av HLR utbildning så svarade alla ja.

Vi har nu planerat in 2 heldagar i Januari för HLR utbildning i samarbete med Helges fritidsgård och Andra som drivs av kommunen.

Det kommer att finnas 4 grupper/dag med 10 deltagare i varje grupp.

Fyller vi alla grupper kommer vi alltså att utbilda 80 personer i HLR.



JAG KAN HLR
I KNOW CPR

Ökad tillgänglighet, vårdkvalitet och stöd för de kroniskt somatiska sjuka.

Framfört av Johanna Avango Specialist i Allmänmedicin

HC-City Praktikertjänst

På uppdrag av Region Gävleborg

SYFTE

Vår uppfattning är att primärvården blivit mer svårtillgänglig för de mest sjuka, sköra äldre, som ofta har svårt att delta i digitala vårdutbud.

I och med MVGs införande identifierade vi risken att de äldre skulle få svårare att få den vård behöver på grund av undanträngningseffekter.

Vi beslutade därför att göra en satsning på denna grupp.

Av våra drygt 11000 listade är:

1816 st i åldern 70+

311 st i åldern 85+

VAD/VILKA ÅTGÄRDER IDENTIFIERADE VI RELATIVT LÄTT ÅTKOMLIGA

SOM

- Öka antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar med mål 5 st/månad per heltidsläkare
- Öka antalet hembesök mål 1 pat/månad per läkare.
- Starta en artrosgrupp.
- Öka kvaliteten för diabetiker.
- Fortsätta jobba med fast läkarkontakt, ffa i åldern 80+

Förutsättningar

- På HC-City arbetar vi 6 specialister i Allmänmedicin. 5 ST-läkare. AT-läkare i varierande antal. Vi har hög kontinuitet, vi känner våra patienter mycket väl. Alla har en egen lista – en fast läkarkontakt för patienten – läkaren har ansvar för sina patienter även när de övergår i hemsjukvården.
- Vi har tagit oss av ett nytt stort boende detta år, Murén som vi delar med Eira. 50 boende som en av våra trippelspecialister rondar.
- På vårt andra boende, Vallongården har jag varit ansvarig sedan 2016 när vi tog över det. Här lär vi upp ST-läkarna under minst 6 månaders placering. Där delar vi 50/50 på de 100 boende. Vilket ger en hög kvalitet i vården.
- Vi har en ansvarsfull ekonomi för en långsiktigt fungerande verksamhet.
- På HC har vi 3 distriktsjuksköterskor som arbetar mot kommunens hemsjukvård och alla våra listade som har behov av hembesök även utan insatser av kommunens HSV. De tre är ovärderliga i att gå hem och ta prover, vitala parametrar, sätta kateter, stämma av mående, vara observanta i tid vid begynnande demens och när en läkemedelshantering måste övergå i ett hälso- och sjukvårdsansvar.
- Vi har god tillgång till en DAT (distriktsarbetsterapeut) som gör minnesutredningar och ser över behov av hjälpmedel hos de sköra, mest sjuka äldre.

HUR

- Spec allmänmedicin har gjort ett kvalitetsarbete på HC. Uppdaterat rutinen för fördjupad läkemedelsgenomgång så att alla följer riktlinjerna för detta. Vi hade en gemensam genomgång med alla specialister och våra ST samt AT-läkare. Vi har satt ett gemensamt mål för att öka förutsättningarna för god och nära vård via hembesök till de mest sköra äldre.
- 1 FT+ 1 Spec allm. medicin har planerat för artrosgrupp. Avtal gällande ev extern lokal ej ännu på plats.
- Mottagningens diabetesläkare samt två diabetessköterskor går varje kvartal igenom alla patienter med diabetes typ 2 som på något vis sticker ut i sina målvärden (HbA1c över 70, ej optimerad lipidprofil eller blodtryck). Data tas från Medrave och analyseras därifrån.

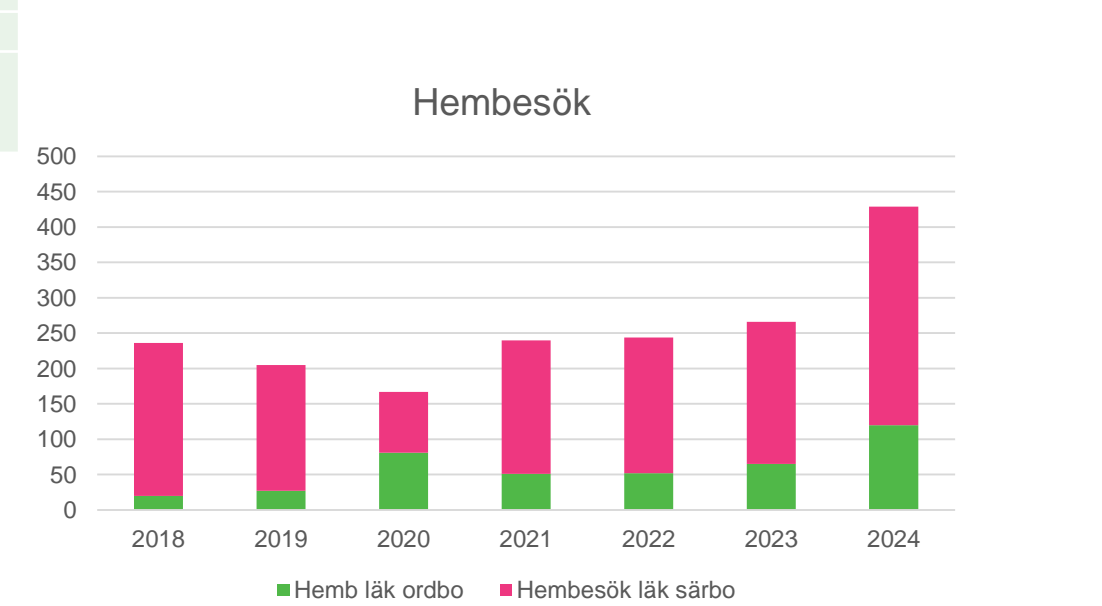
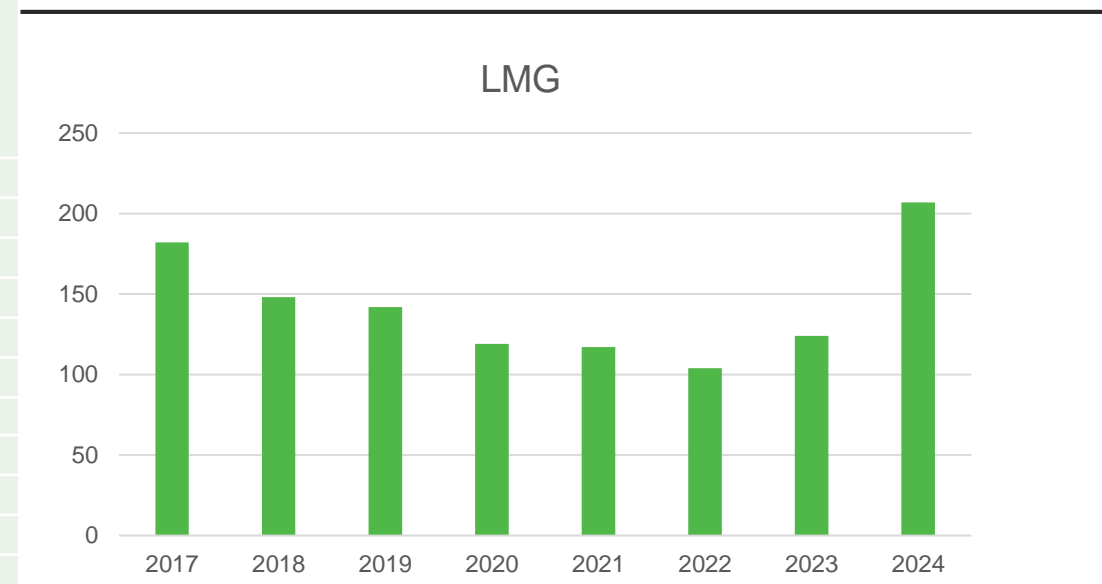
Hur i detalj:

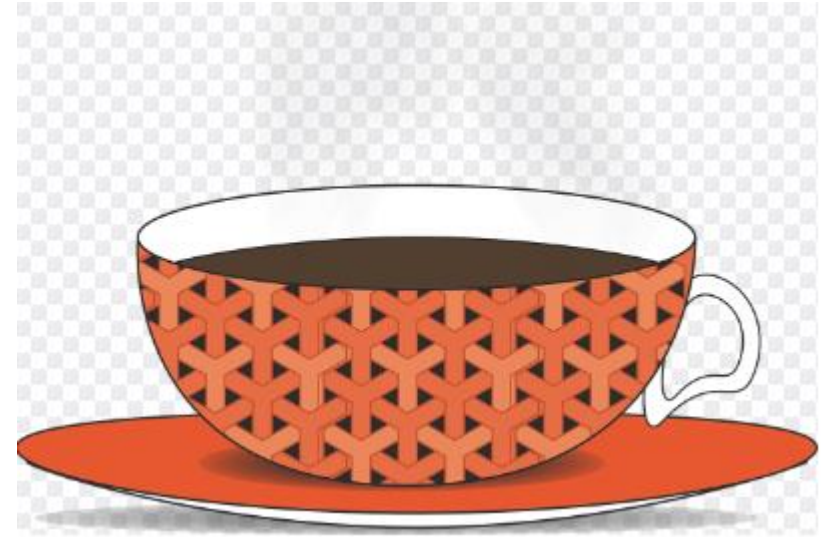
- De patienter vi planerar läkemedelsgenomgång på ska uppfylla krav enligt socialstyrelsen föreskrift för att vi ska få använda åtgärds-koden "Fördjupad läkemedelsgenomgång" vid årskontrollen.
Vi märker kallelsen med läkemedelsgenomgång – Sekreterarna/rec. ser märkningen och skickar med en läkemedelslista och phase20 som pat. fyller i inför besöket.
- Vi har en autokorrigerig i PMO så att ingen viktig detalj i läkemedelsavstämningen missas. Tex vikt så att en eventuell undervikt kan upptäckas i tid, eller njurfunktion som är väsentlig för att värdera dos av läkemedel och att risken för eventuella biverkningar ökar med sänkt njurfunktion.
- Om HSV besök:
Phase proxy inför skickas till HSV sköterskor med kopia på kallelsen, en kallelse skickas samtidigt till patienten. Vid hembesök försöker vi alltid planera tillsammans med HSV för att säkerställa att allt medicinskt viktigt inför och som efterföljd av besöket förmedlas till alla parter på plats. När det inte kan ske skickas journalkopia med uppdaterad läkemedelslista till HSV efter besöket.
- På SÄBO har vi alltid rond med sköterskorna som förberett Phase20 eller proxy inför besöket och vi har alltid gemensamma hembesök.

RESULTAT

- 120 hembesök hittills under 2024 jämfört med 65 st samma period förra året i ordinarie boende. Nästan 50% ökning.
- SÄBO 309 besök år 2024 jämfört med 201 förra året.
- 207 fördjupade läkemedelsgenomgångar hittills under 2024 jämfört med 124 st samma period förra året.
- Artrosgruppen har ännu inte kommit igång.
- Avseende våra diabetespatienter ligger vi inom målvärdena, jämförbara med riket, <9% har ett HbA1c >70 (NDR)

LMG		Hembesök		
		Hemb läk ordbo		Hembesök läk särbo
2017	182			
2018	148	2018	20	216
2019	142	2019	27	178
2020	119	2020	81	86
2021	117	2021	51	189
2022	104	2022	52	192
2023	124	2023	65	201
2024	207	2024	120	309
2024s siffror omräknad till helår.				





Paus för fika
Samlas åter 14.30

Personcentrerad diabetesvård



Bakgrund

- Ökat inflöde av patienter med diabetes typ 2
- Svårt att hinna med alla patienter
- Varierande kvalitet och tillgänglighet
- Högsta kompetens nyttjas inte optimalt

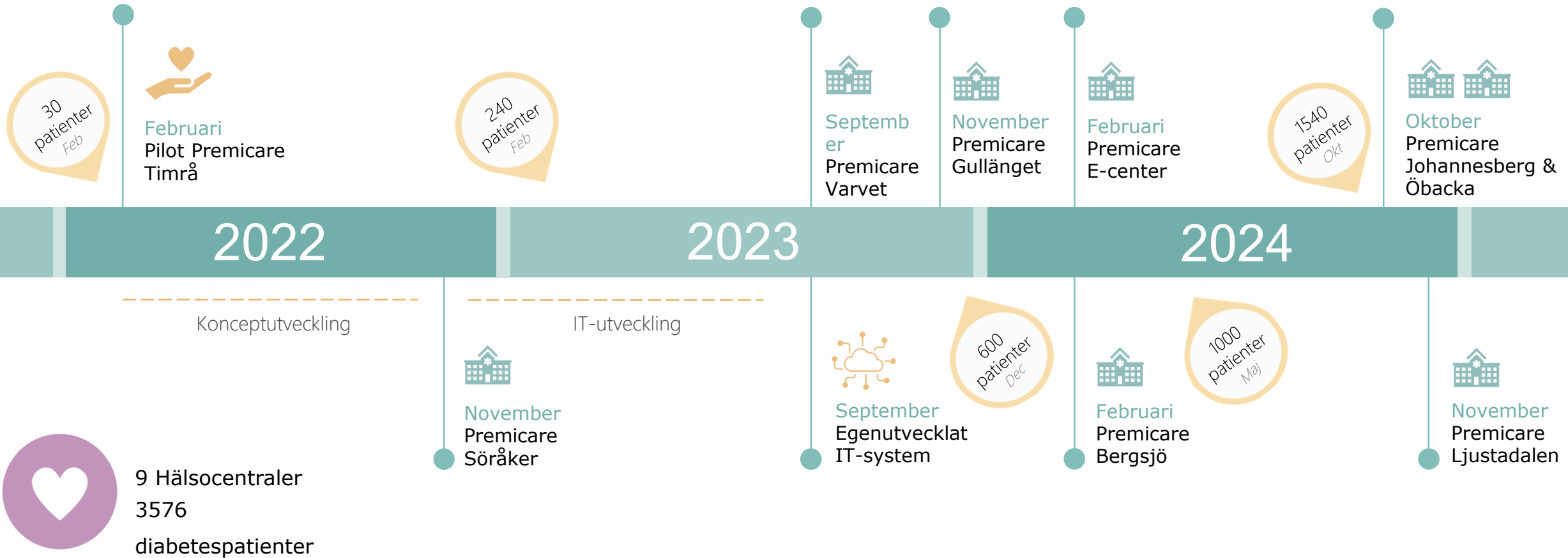




Målsättning

- Alla patienter med diabetes typ 2 erbjuds en årlig kontroll
- Förbättrad arbetsmiljö
- Jämlik och jämställd vård
- Minskad resursåtgång genom effektivare användning av vår arbetstid och genom kompetensväxling
- Minskat resande för patienten & minskad miljöpåverkan

Premicare personcentrerad diabetesvård 2022-2024



Hur? Flödet vid årskontroll



Standardiserade
kontroller

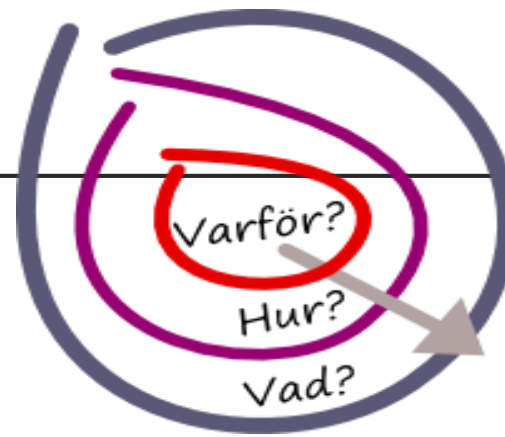
Personcentrerad vård & behandling

Vårdsamordnare/ sköterskeledd mottagning psykisk ohälsa, Delsbo Din Hälsocentral

Ann-Britt Westlund, Camilla
Modd, Sofia Rudman Palm,
Maria Schenell,



Syfte och bakgrund



Syfte

Delsbo Din Hälsocentral och Vuxenpsykiatrins öppenvård i Hudiksvall vill förbättra omhändertagandet och samordningen av patienter med psykisk ohälsa.

Optimera resurser.

Vi genomför from januari 2024 ett pilotprojekt utifrån modell vårdsamordnare/sköterskeledd mottagning psykisk hälsa. I modellen väver vi in Min vård Gävleborg, SIP och vårdplaner.

Bakgrund

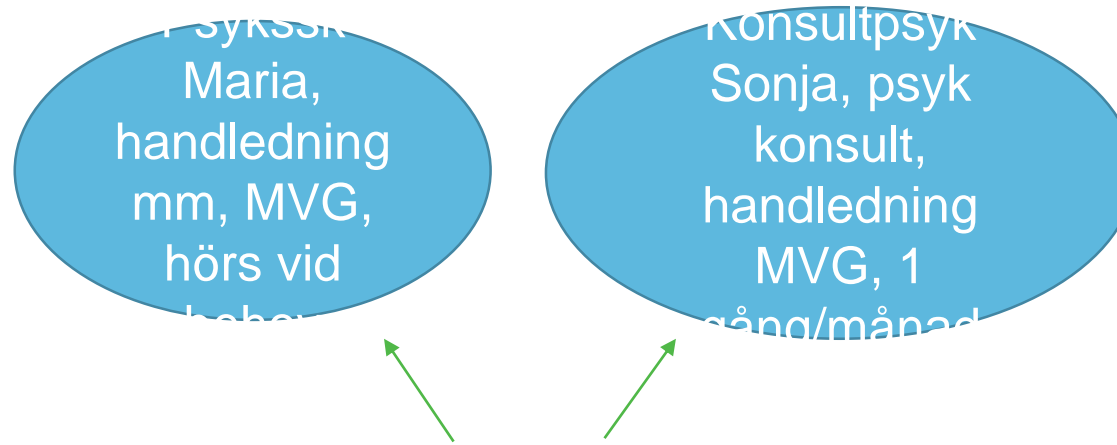
Modellen är beprövad både i Västra Götaland och i Dalarna med goda resultat.

En psykiatrisjuksköterska samt läkarna på Delsbo Din Hälsocentral deltar och från psykiatrin deltar en psykiatrisjuksköterska och en psykiatriker. Stöd från chefer och vårdutvecklare.

Delsbo Din Hälsocentral och psykiatrin i Hudiksvall är först ut att prova modellen i Gävleborg.

Det innebär en möjlighet att se hur den fungerar utifrån våra förutsättningar. Det blir också en möjlighet att se vad Min Vård Gävleborg kan tillföra då modellen inte tidigare provats digitalt

Upplägg



Teleq,
MVG. Gör
bedömning
ar och
bokar enligt
gällande
rutin.

Läkare
bedömer
och initierar
vårdsam-
ordnarkont-
akten.

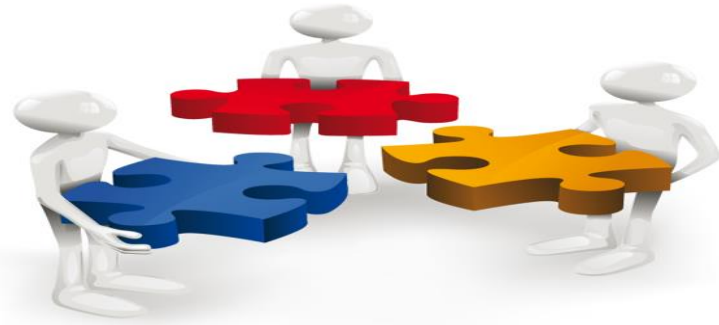
Vårdsamordn-
are Camilla,
bedömer och
sätter igång
kontakten via
Min vård
Gävleborg alt
telefon. Fast
vårdkontakt
registreras.

Vårdsamordnare
Camilla håller i
planeringen, följer
upp pat via MVG,
telefon samverkar
med berörda
läkare, reko och ev
PST, ca 2-3
månaders kontakt.
Ev SIP.

Camilla gör
plan
återfalls-
prevention.
Camilla
ligger kvar
som fast
vårdkontak-
t

Pat bokas
för avslut
med
berörd
läkare, ev
teambesök
plan för
utsättning.
Camilla
utvärderar
fortsatt
behov av
EVK

Resultat



Vi säkrar upp kontinuiteten för patienterna och det blir mer patientsäkert. Alla patienter som deltar får vårdplaner samt en tydlig plan för läkemedelsinsättning, läkemedelsuppföljning och läkemedelsutsättning.

Patienter får rätt insats i rätt tid.

En del patienter slussas till samtal fast de inte kan tillgodogöra sig samtalen. Patienterna behöver ibland få läkemedelsbehandling, struktur och stabilitet i vardagen innan de är redo för samtalsbehandling.

Ökad trygghet till patienter vilket leder till bättre compliance och snabbare tillfrisknande.

Vi ser att det blir ett minskat behov av läkaruppföljningar vilket frigör läkartider. Det blir också ett bättre flöde gällande läkemedelsförskrivningar och ett ordnat flöde vid utsättning av läkemedel.

Med modellen blir det ett tydligare flöde mellan HC och psykiatri, det i sig ger också en ökad patientsäkerhet och mindre risk för att det uppstår samverkanssvårigheter mellan parterna.

I och med modellen ser vi att det på sikt kan förbättra arbetsmiljön för läkare, i och med stödet från vårdsamordnaren och den ordnade samverkansstrukturen med psykiatri.

Patientupplevelse



”Uppskattat telefonuppföljning. Fått bra och konkreta frågor och tips på hur göra för att hantera måendet. Skönt att kunna vara hemma och prata, underlättat mycket praktiskt för mig också.

Vi hade tät kontakt i början sedan glesades det ut. Jag har haft möjlighet att kontakta emellan men det har inte behövts.

Har fått bra stöd i att hålla i medicinering. Har fått medicin utskrivet vid tidigare depression men då slutat pga oro och andra biverkningar.

Blev tryggad nu och höll i medicineringen, tror en anledning att jag tillfrisknande fortare den här gången.

Har inte behövt ringa och kontakta läkare för att förnya recept. Även fått hjälp medicinjustering utan att behöva ringa till läkaren. Har också känt att Camilla och läkaren varit ett team så jag har inte behövt berätta samma saker flera gånger ex vid bedömning av sjukskrivning.”

Ytterligare patienterfarenheter



Positiva och tacksamma patienter!

Några citat;

”Vad skönt att inte vara ensam i den här medicininsättningen, jag trodde att jag blev lämnad med att äta den här medicinen”

”Helt otroligt att få en fast vårdkontakt och ett direkttelefonnummer”

”Nu börjar jag känna det där som du sa, att jag mår bättre, jag går inte och längtar att du ska ringa längre”

Nuläge

- Projektet fortsätter till mars 2025.
- Säkerställa att de patienter som behöver får tillgång till vårdsamordnaren.
- Fortsätta jobba på hälsocentralen för att implementera metoden.
- Psykiatriker från psykmottagn finns med som stöd i dialogen med läkarna

Slutreflektioner

- Gott exempel på samverkan!

Ökad patientsäkerhet genom strukturerad uppföljning och ordnat införande av läkemedel.

Tryggt för patienten, bättre arbetsmiljö (läkare och telefonrådgivning bla)

Patienten blir mer delaktig och trygg i sin behandling.

Samverkan blir inte avgörande av relationer och personer utan av strukturen/metoden.

Tack!

- Kontaktuppgifter;
- Ann-britt.westlund@regiongavleborg.se
- Camilla.modd@regiongavleborg.se
- Sofia.rudman.palm@regiongavleborg.se
- Maria.schenell@regiongavleborg.se

Förbättringsarbete

Mål; Öka andel fast vårdkontakter.



Upplägg arbete kring fast vårdkontakt, FVK

Sker VO-övergripande Hudiksvall och Södra Hälsingland.

Arbetsgrupp bestående av en medarbetare från resp HC samt bitr chef och vårdutvecklare.

Kartläggning har skett (via träffar ute på enheterna, i arbetsgruppen, i ledningsgrupp samt patientintervju)

Nu pågår test av ett arbetssätt på resp enhet.

Reflektioner från träffarna ute på HC

- Hög oro och osäkerhet hos personal vad uppdraget innebär.
- Väldigt få har en plan/överenskommelse med patienten.
- Patientens eget ansvar-andras ansvar. Viktigt med tydlighet.

- Teamarbete och en struktur ger ökad trygghet för den som är fast vårdkontakt. Stöd från chef.

- **Hur fick du förslaget?**

- Jag har flera olika sjukdomar, det var rörigt och mycket stress för mig. Jag ringde ofta och fick olika råd beroende på vem som svarade. Skapade mer stress och mer telefonringningar. Även om jag fick läkartider så blev jag inte lugn utan stressade ändå upp mig.
- Min läkare föreslog fast vårdkontakt, han beskrev att jag skulle få en och samma person och inte behöva berätta min historia varje gång, inte heller bli orolig över olika svar och stressen att få ta i läkaren.

Upplägg som fast vårdkontakt

- Jag träffade min FVK, gjorde ett upplägg/en plan. Hon skulle ringa varje fredag och jag fick också höra av mig emellan men det har inte behövts.
- **Det är viktigt att få en kontakt, inte bara ett namn. Att ha en planering, vad som gäller och hålla planeringen.**
- Under en period var min FVK tjänstledig och jag hade en annan. Träffade aldrig den personen och vi hade ingen gemensam plan, det rann ut i sanden och jag återgick till mitt tidigare beteende (Dvs ringa och boka läkarbesök mm)
- Min FVK är i team med läkaren. Hon sköter recept, ordinerar prover i samråd med läkare. Det är tryggt att veta att läkaren finns i bakgrunden.
- Jag har inte behövt kontakta läkaren nu när jag har FVK. Allt går genom henne. Det är en trygghet för mig och mindre stress. Jag behöver inte ringa och jaga läkartider.
- Min FVK avlastar läkaren, det måste ha varit jobbigt för honom tidigare.
- FVK roddar även ihop andra kontakter om jag har behov av det.

Hur vara som fast vårdkontakt?

- Tydlig, pedagogisk/informativ, empatisk men ej dalta. Ställa krav och prata om vad man kan göra själv också.
- Hålla i och följa upp, hålla det man lovar och höra av sig om något ändras.
- För mig viktigt att hon varit i team med läkare och andra. Hon har flera gånger sagt att ”vi finns här runt dig”. Det har känts tryggt för mig.
- TRYGGHET, TILLIT, TEAM.

Uppdraget/Testet

- Hitta en patient, prova att göra överenskommelse, en tydlig plan.
- I planen framgå;
- Mål med kontakten, konkretiserat.
- Vad ska patienten själv göra.
- Vad ska fasta vårdkontakten göra?
- Vad ska andra göra?
- När och på vilket sätt ska kontakten ske?
- När ska uppföljning av fortsatt behov av fast vårdkontakt?

Resultat

- Mångringare, en bra grupp att identifiera och erbjuda fast vårdkontakt till.
- Tryggt och mer lättarbetat med en tydlig plan/överenskommelse.
- Spar in på andra resurser.
- De som deltar i arbetsgruppen behöver vara ambassadörer hemma hos sig för att sprida arbetssättet.