Datum: 250214

Ansvarig: Giorgos Alexandrou ST-läkare,
Camilla Rosenblom Specialistsjuksköterska

Verksamhet/process Skillingaryds Vårdcentral

A. Förbättringsområde: Undvika onödiga besök på sjukhus för Esther.

B. Bakgrund
Vi upplever att vi inte har ett bra arbetssätt för våra Esthrar som hamnar på PREA60 eller är mångsökare på akuten. Vi behöver utveckla våra arbetssätt tillsammans med hemsjukvården och SÄBO för att skapa bra förutsättningar för att vår Esther inte ska hamna på sjukhus i onödan. Arbetet med Prea60 har redan påbörjats men vi behöver mer strukturerat arbetssätt, åtgärdsplan och ett bättre flöde för att Esther ska få en holistisk vård med god kvalité. Vi har startat ett förbättringsarbete tillsammans med HS och SÄBO angående detta och önskar få fram ett arbetssätt som möjliggör sömlös vård till de som har störst behov.

C. Övergripande mål

i. Urval: Patienter över 65 år som hamnar på PREA60 och/eller är mångsökare på akuten. Listorna hämtas upp ur Diver-portalen.

ii. Mål: Alla patienter i urvalet ska erbjudas bedömning och även plan om vad som ska göras för att hitta förebyggande åtgärder inom en månad, från inträde på listan. Planen dokumenteras i journalen. Alla i patientens team ska ha en kännedom om patienten. De förebyggande åtgärderna kan innefatta alla professioner på vårdcentralen eller i kommunen, baserat på patientens behov. Uppföljningar ska göras var tredje månad. Mätningen görs via dashboard där det tydligt står hur många % som har en överenskommelse. Målet är 100 % och ska vara klart 251031. Arbetet kommer ske tillsammans med Vaggeryds kommun.

D. Nuläge
I dagsläget tar vårdsamordnare kontakt med de patienter som inte har tillgång till hemsjukvård eller SÄBO och ser hur de har det, hur de mår, samt ger information om att de kan kontakta vårdsamordnare vid behov. Alla dessa patienter erbjuds en fast vårdkontakt och överenskommelse skrivs efter vad som kommit fram på samtalet, åtgärder görs efter behov.
För patienter som har hemsjukvård/SÄBO skrivs en överenskommelse i journalen om att de har hjälp av kommunens sjuksköterskor och de har ansvaret.

Baslinjemätning: 250211 har vi 29 personer som finns på PREA60, 19 personer är mångsökare på akuten. Tre av dessa personer finns på båda listorna. 71,1% av dessa har en överenskommelse.

E. Analys av nuläget
Just nu arbetar vi enbart med akuta problem som uppstår. Allt sker efter hur mycket tid vårdsamordnaren har för att ringa till patienter. Det finns inga tydliga rutiner och patienter som

tillhör kommunens hemsjukvård eller SÄBO får inte någon mer tillsyn än tidigare. Nuvarande rutin har formats fram, tycker vi, av tids- och resursbrist.

F. Prioriterade förändringar som ska testas

Patienten identifieras via listor PREA60 samt mångsökare på akuten. Listor hämtas på Diver.
Fast vårdkontakt tilldelas.
Möten med sjuksköterska från kommunen. Rapporterar om aktuella patienter som tillhör SÄBO/HS.
Sjuksköterska uppmärksammar PAL på patienten och gör en kort planering.
Sjuksköterska tar kontakt med patienten för att fylla i ett bedömningsinstrument Pastell 2.0.
På mötet med patienten identifieras olika problem och åtgärder ex SIP, vad är Esthers behov och önskemål?
Läkarbesök bokas vid behov.
Patienten får alltid ett telefonnummer för VIP-kontakt med vårdcentralen eller hemsjukvården.
Uppföljning görs minst var 3e månad. Denna uppföljning görs enligt överenskommelse ex via telefon eller besök med den profession som anses mest lämplig.

G.

H. Analys av resultat av de testade förändringarna kopplat till det övergripande målet
Processen började med två uppstarts möte i februari 2025 där vi fick diskutera frågan med sjuksköterskor från kommunala vården. Alla inblandade medarbetare fick information om rutinerna. Teamet började erbjuda bedömning enligt PASTEL 2.0 till patienter från listorna. Detta har utförts av sjuksköterska på vårdcentralen, hemsjukvården eller på SäBo. Alla patienter i listorna som upplevde någon form av ohälsa har fått en sammanfattande bedömning enligt PASTEL 2.0. Alla patienter där det fanns vårdbehov har fått lämplig åtgärd och åtgärdsplan. Detta har dokumenteras i journal med tydlig överenskommelse mellan teamet och patienten. Efter PASTEL-bedömningen har vi erbjudit läkarbesök, sjuksköterskebesök, SIP-möte och vårdplanering i lämpliga fall. Efter varje kontakt med vården har överenskommelsen bekräftats eller förnyats och justerats. En del patienter upplevde att de inte hade behov av vård, detta dokumenterades i journalen. Vid första utvärdering i maj hade vi lyckats med att utföra 5 PASTEL-bedömningar och 92,5 % av patienterna hade en överenskommelse. Vid andra utvärdering i september hade vi lyckats med att utföra 11 PASTEL-bedömningar till, 100 % av patienterna hade en överenskommelse. Vi märkte dock vid detta tillfälle att vi inte hade någon fungerande rutin för uppföljning av Esther som redan hade fått en bedömning. Vi utarbetade då rutin där vårdsamordnare lägger bevakning och kontaktar alla patienter inom 90 dagar. Detta görs samma dag som PASTEL 2.0. Sista utvärderingen var 2025-12-01 och det fanns 42 Esther på PREA60 och mångsökare till akuten. Utav dem hade 38 av patienterna en överenskommelse inom de senaste 90 dagar. Tre(3) patienter hade kommit in i listan i mindre än en månad och en(1) patient hade överenskommelse som inte förnyats i tid. Vårt slutresultat blev alltså 97,4% vid sista utvärderingen.

I. Summering
Att kunna identifiera riskfaktorer och förebygga ohälsa är väldigt värdefullt för Esthers välmående men också från hälsoekonomiskt perspektiv. Det krävs en del arbetet för att kunna utföra alla relevanta åtgärder och forma fram fungerande rutiner. Det finns många olika anledningar till detta. Först och främst behövs det samarbete mellan regional och kommunal vård. Dessa har olika strukturer varför det krävs input från båda håll. Det är också tidkrävande att utföra en holistisk bedömning av patientens samtliga riskfaktorer och behov. Det krävs dessutom att alla läkare på en vårdcentral ska arbeta på samma sätt. Det blev väldigt tydligt från början att det måste finns minst två nyckelpersoner som ska syssla med samordning av ärenden både på vårdcentralen men också på kommunala vården. Detta kom utöver allt vårdcentralsarbete i vårt fall, vilket begränsade signifikant hur mycket tid vi kunde ägna åt samordningsarbetet. Vi har dessutom märkt att arbetet vi har gjort har redan börjat visa en minskning på sjukhusbesök i relevant patientgrupp. Det finns tecken till att akuta och oplanerade ärenden har minskad betydligt och arbetsmiljö har förbättrats. Våra Esther får bättre vård och vårdpersonal känner sig mer trygga.