

**Datum:**26/2-25

**Ansvarig:** Hannes Karlsson

**Verksamhet/process** (t ex klinik, avd, vårdcentral, process): Vaggeryds Vårdcentral

**Förbättringsområde:** Förbättra uppföljning för skörare äldre

**Bakgrund** – *Varför är detta förbättringsområdet valt? Varför just nu?*

I takt med att sjukvårdens resurser blir mindre men ändå ska bli mer effektiviserade och räcka till fler vårdsökande, står vi på vårdcentralen inför utmaningarna att kunna räcka till. Vi ser att fler och fler människor blir äldre och även om de många gånger är friska så är det många också som blir mer sjuka och i mer komplex samsjuklighet. Många gånger får de personer med ökad risk för samsjuklighet och kroniska sjukdomar, inte hjälp i tidigt skede utan att det mer blir ett reaktivt arbete på redan långt gången sjukdom. I stort läggs mycket ansvar på patienten själv att ta hand om sig själv, vara uppmärksam på symptom och sjukdomar, men i många fall är det svårt för individen i fråga att vara föregående och förebyggande på egen hand. Därav är det redan många som är längre gången i sin sjukdom, innan vårdinsatser sätts in, varpå det kan vara svårt att få större förbättringar utan mer underhållande till den nivån man är.

I Sverige och framför allt i region Jönköpings län, pågår ett successivt arbete med omställning och utveckling av Nära vård. Där hörnstenen ska vara att vi tillsammans med individ och patient, kan arbeta närmare patienten för att ge bättre hjälp till självhjälp och vid behov, rätt vårdinstans så snabbt som möjligt.

Därför vill vi på vårdcentralen försöka ta fram ett arbetssätt med en form av mer uppsökande verksamhet, av de patienter/individer i vårt upptagningsområde, som kanske är i början av sjukdom, skörare tillstånd, för att i tidigare skede sätta in insatser till gagn för att minska besvär, kostnad för individ och samhälle samt ett längre friskare liv.

**Övergripande mål** – *Vad ska uppnås? Mått ska anges och målet ska vara tidssatt. Behöver det kompletteras med delmål?*

Huvudmålet är att screena för skörhet och bedöma, i vilken utsträckning patienter, åldersgrupp 70+, har behov av uppföljning och insatser på vårdcentralen. Uppstart februari 2025.

Öka antalet procent av de som har kronisk diagnos som får en uppföljning fysiskt/digitalt inom 18 månader.

Av de som framkommer i screeningen, se vilket behov av uppföljande insatser som på vårdcentralen.

**Nuläge** – *Nuvarande situation för detta område beskrivs. Vilka är våra resultat och hur gör vi idag?*

På vårdcentralen har vi under en längre tid arbetat med årsuppföljningar för kroniska äldre patienter, mycket riktat till de äldre med kronisk sjukdom, där tanken är att patienterna regelbundet ska komma på uppföljningsbesök hos läkare för uppdateringar av allmäntillstånd, provresultat och medicinjusteringar. I rutinen skall det genomföras en gång om året. Räknat på antalet patienter som ingår i det här urvalet så kommer vi upp till runt 1000 personer.

Utifrån antal läkare som varit på plats, pandemier, omstrukturering av arbetsuppgifter, ruljans på personal och då framför allt, fasta läkare, så har de regelbundna årsuppföljningarna blivit lidande och många har nedprioriterats. Det uppkommer även mycket frågor och oro från en del patienter när man inte blivit kallad eller uppringd för någon uppföljning och att man inte vet vad som är sagt, överenskommet eller vad nästa steg är.

När vi tittar på Primärvårdskvalitet på hur många som kommer för uppföljning hos läkare eller annan profession för sina kroniska sjukdomar de senaste 18 månaderna, landar siffran på drygt 70% jämfört med knappt 80% i övriga regionen. Djupdyker vi ned på de som är 70 år och äldre så kommer vi upp i ca 80% av totalen som haft en uppföljande kontakt inom 18 månader. Vi ser också att de här siffrorna inte har förändrats något nämnvärt de senaste fem åren utan legat ungefär på samma genom tid. Därför kan man dra en slutsats att vårt arbetssätt idag inte lever upp till de förväntningar vi själva har och troligtvis inte heller patientens.

**Analys av nuläget** – *a. Vilka är orsakerna till att resultaten ser ut som de gör? b. Samla alla idéer som ni tror påverkar att ni når målet*

Varför antalet patienter som fått någon uppföljning inom 18 månader, inte har ökat senaste fem åren, är troligtvis följande:

Stor ruljans på fasta läkare och många olika hyrläkare där emellan. Brist på andra vårdgivare och läkare.

Nedprioriterade utifrån att andra patienter och andra akuta ärenden fått förtur när det kommer till hisshållandet av vårdcentralens resurser.

Mindre bra genomgång av befintliga bokningsunderlag, triagering av dessa och hur snabbt man behöver komma in har nog gjort att en del patienter "ramlat" mellan stolarna, hänvisats till att ta kontakt själva men så inte gjort och att det hänvisats vidare till andra instanser istället. En tydlig orsak till det här är att det inte funnits någon tydlig överenskommelse dokumenterat i journal, och inte förankrat ordentligt hos vårdpersonal eller hos patienten själv.

#### **Lista prioriterade förändringar som ska testas**

*Vilka förändringar är prioriterade och ska testas baserad på vår analys av nuläget? Förändringarna kan testas enligt tänket i PGSA-modellen.*

- Ändra från reaktivt arbetssätt till proaktivt arbetssätt för ett bättre vårdförlopp.
- Använda Pastel 2.0 Primary care Assessment Tool for Elderly som instrument för att söka upp
- Mäta förändring utifrån kvalitetsindikatorerna uppföljning inom 18 månader.

Vi vill försöka omvända tanken av ett reaktivt arbetssätt för uppföljning av äldre och istället arbeta mer proaktivt och uppsökande. Vi tror att det kan leda till mindre behov av insatser längre fram och i tidigare skede, ge verktyg till patienterna för att kunna sköta sin hälsa själva på ett bättre sätt.

Tanken är att använda PASTEL 2.0 Primary care Assessment Tool for Elderly - Bedömningsstöd för äldre i primärvård för att identifiera patienter med stort behov av vårdinsatser.

Utifrån den första screening som görs på fem frågor, antingen telefonledes eller digitalt via 1177, bedöma ifall det finns behov av en/flera insatser och av vem de ska genomföras av. Antingen via professioner på vårdcentralen, via kommunen, eller andra externa samarbetspartners som är bäst lämpligt utifrån patientens status.

För att säkra att det blir en positiv förändring vill vi följa kvalitetsindikatorer under Primärvårdskvalitet, Dashboard för att identifiera mångsökare på akuten samt i den nationella patientenkäten för nöjdhet.

#### **Flödet för åtgärderna i förbättringsförloppet:**

Patienterna kallas till ett fysiskt besök utifrån Prea 60 eller mångbesökare på akutmottagningen enligt regionens Dashboard.

I kallelsen medföljer ett brev med information om besöket samt patientens läkemedelslista.

Besöket genomförs enligt bedömningsstödet Pastel 2.0 som innebär en modell för ett proaktivt arbetssätt.

Under besöket kan eventuellt olika hjälpbehov framkomma, utifrån patientens egen upplevelse så planeras åtgärder och uppföljning. Det kan innebära att fler professioner både i kommunen och på vårdcentralen kan behöva bli involverade. Exempel på vad patienten kan behöva hjälp med är läkarbesök, besök till fysioterapeut, hemsjukvård eller vårdplanering.

Vid besöket erhåller patienten telefonnummer till direkttelefon som bemannas av vårdsamordnare. Besöket på äldremottagningen resulterar i en dokumenterad överenskommelse som ska vara godkänd av patienten och vårdgivaren.

Överenskommelsen innehåller:

Patientens ansvar, ex egenvård, livsstilsförändringar, egen monitorering som blodtryckskontroller etc  
Vårdens ansvar, ex bokning av besök, kontakt med kommunen, uppföljning.

Besöket följs upp via telefon med en intervall av 3 och 6 månader eller tidigare vid annan överenskommelse. Nytt besök vid behov om 12 månader.

Besöket på äldremottagningen kodas enligt Z768 – kontakt med hälso- och sjukvården under andra specificerade omständigheter samt patientens kroniska diagnoser och andra besvär eller sjukdomar som eventuellt framkommer vid besöket.

Patienten får en fast vårdkontakt i form av den sjuksköterska/distriktsköterska som hållit i besöket. Äldremottagning dokumenteras i anslutningsöversikten.

### Analys av resultat av de testade förändringarna kopplat till det övergripande målet

*Gör en analys*

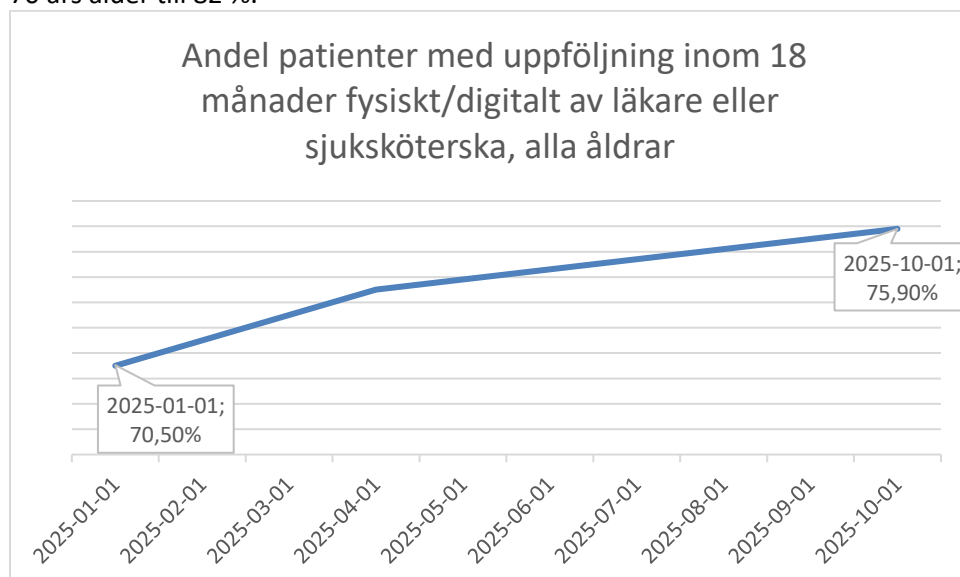
– Visa mätning över tid för det övergripande förbättringsarbetet (diagram/tabell)

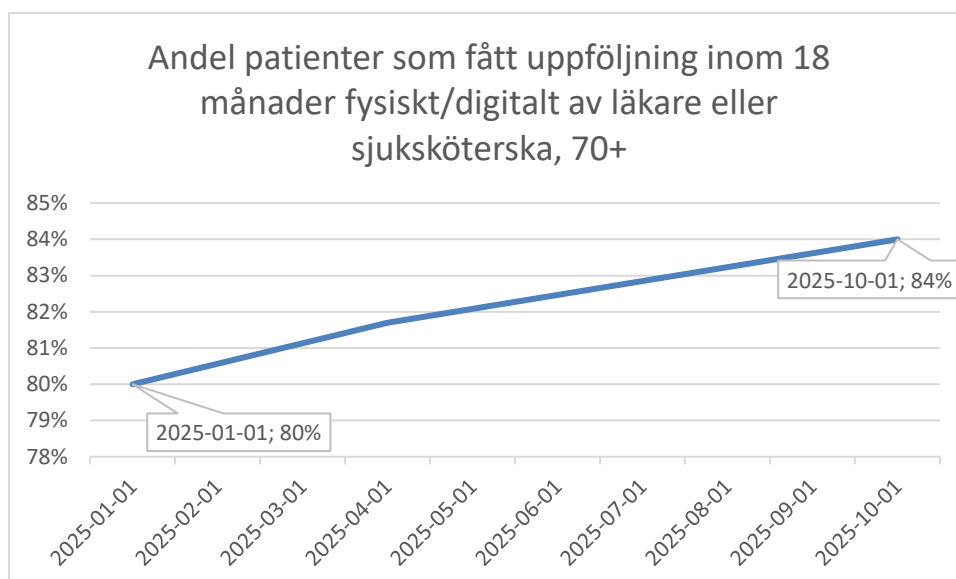
– i vilken omfattning och hur har de testade förändringarna haft effekt (påverkat) resultaten kopplat till det övergripande målet/delmålet?

– Ytterligare effekter?

Fram till dagens datum så har totalt 14 stycken patienter fångats in efter screening via Dashboard och mångsökare på akuten.

Från 70% av de som haft en uppföljning inom 18 månader så har siffran stigit till 74,5 % och de över 70 års ålder till 82 %.





Jämför vi oss med hur det ser ut i regionen i stort, så närmar vi oss. 75,9% har vi, regionen 79,9% för alla åldrar. 84% har vi och regionen 86% för de som är över 70-års ålder.

**Summering** utifrån analys och resultat av de genomförda förändringarna  
*Lärdomar – Nya frågeställningar – Nästa steg*

Det vi har märkt under tidens gång är svårigheten/orken med att hålla igång kontinuiteten, då det är ett krävande arbete med uppsökande verksamhet. Dock tror vi fortsatt på att det kommer ge mindre arbete i längden och att patienterna är mera trygga i vad de själva ska göra, vad de själva klarar av och vart de ska vända sig vid behov.

Många patienter har av egen utsago tyckt att det har varit ett mycket uppskattat sätt då fokus inte blir vad sjukvården själva vill prata om/åtgärda, utan mer riktat till vad som är mest viktigt för patienten eget tycke och tänk. Motiveringen till åtgärd har upplevelsemässigt varit mer lättsam och känslan av självbestämmande hos patienten, mer tydlig.

Upplevelse från både patient och vårdgivare, att rätt instans blir inkopplad utifrån behovet och om/när behovet ändras, så ändras också insatserna. Där behöver det vara en flexibilitet för oftast är inte sjukdomstillståndet helt rigid utan fluktuerande och där behöver vi kunna snabbt ändra.

I takt med det här arbetet har tagit form och själva arbetssättet implementerats, så har även möjligheterna för att tydligt arbeta med överenskommelse, blivit mer naturligt. Vi ser att vikten av tydlighet i ansvar och nästa steg är betydande och framför allt för våra skörare äldre. Arbetat generellt med överenskommelse vid journalföring är något som vi arbetar vidare med, inte bara för de äldre utan för alla listade patienter på vårdcentralen.

Framöver, i andra typer av större förbättringsarbeten, har vi behov över att mer lyssna in vad våra patienter skulle önska och komma med konkreta förslag/idéer för utveckling, samt vara med och utveckla. Då kommer vi säkerligen få ännu bättre utfall och mer nöjda patienter.

