

2025-10-09

**Bakgrund**

Vi initierade detta arbete för att den vår vårdmodellen inte var anpassad för den växande geriatriska populationens komplexa och sammansatta vårdbehov. Tidpunkten var kritisk eftersom våra mätvärden visade på en alarmerande och nedåtgående trend i vårdkvaliteten för äldre, med historiskt låg kontinuitet som en tydlig varningssignal.

**Övergripande mål**

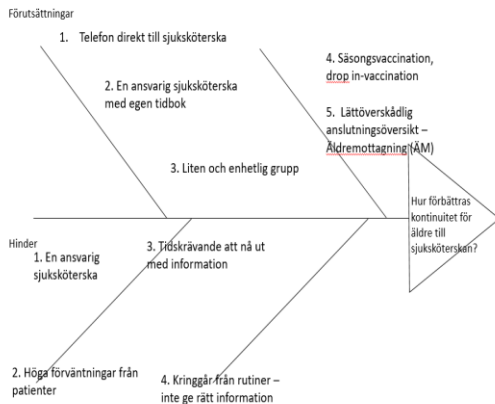
Målet var att designa och implementera en proaktiv och sammanhållen äldremottagning, en fungerande modell som systematiskt kan förbättra kontinuiteten, öka tryggheten och effektivisera vården för våra mest sköra patienter.

**Nuläge**

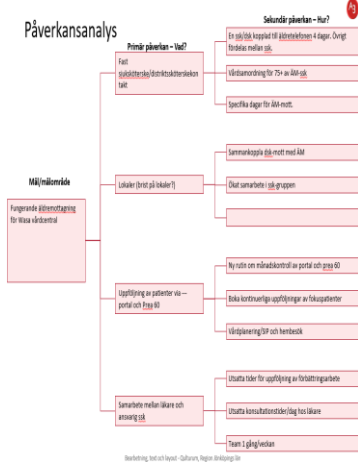
Vår vårdcentral har 3200 listade patienter, där den geriatriska populationen på 75 år och äldre utgör 217 individer. Utgångsläget i september 2024 var kritiskt då den generella vårdkontinuiteten för äldre hade nått en bottennivå på endast 0,15 (Ko05S). För våra allra sköraste patienter med Samordnad Individuell Plan (SIP) var situationen ännu mer pressad, med ett index på 0,14 (Ko04S). Detta, i kombination med en låg andel mångsökare på 2,4% (Pr06S), indikerade ett fragmenterat vårdssystem som inte fångade upp de med störst behov.

**Analys av nuläge**

Fiskbensdiagram/Ischikawadiagram



**Påverkansanalys**



Verksamhet, process Vasa vårdcentral, distriktssköterskemottagning (äldremottagning 75+)  
**Förbättringsområde:** Ökad kontinuitet och samordning för äldre patienter

**Forändring att testa:** Distriktssköterskan fungerar som första kontaktperson och vårdsamordnare för patienter 75+  
**Nuläge/baslinje:** Kontinuitetsindex för sjuksköterskebesök 14 % (låg jämfört med regionens 20 %). Fragmenterad vård och brist på samordning trots resurser.

**Agera:**  
 ca 215 listade 75+.  
 Behöver nå ut med information och telefonnummer till listade patienter 75+.

**Ansvarig:** Distriktssköterska (äldremottagningen) i samverkan med patientansvarig läkare  
**Övergripande mål:** Stärka kontinuiteten (Ko05S), minska fragmentering och öka patienternas trygghet i kontakten med vården

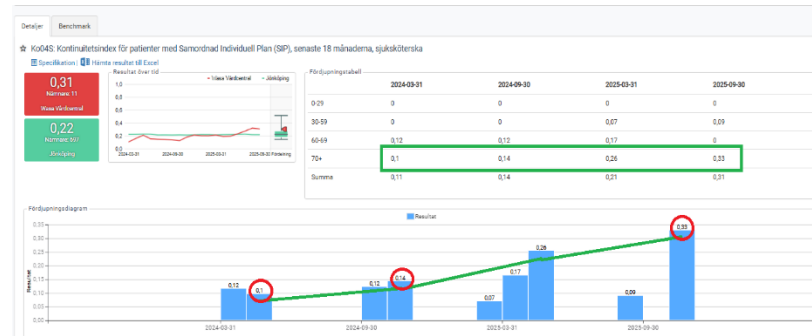
**Startdatum:** 2025 (februari, vecka 8)  
**Mål för testet:** Minst 80 % av inkluderade patienter får en namngiven fast vårdkontakt (distriktssköterska).



**Planera:**  
 Hur kan vi nå ut?  
 Brev? Besök? Sociala medier? Vårdplaneringar?  
 Informera de olika professionerna på vårdcentralen.

**Gör:**  
 Skriver informationsblad om ÄM och direktnummer.  
 Information till olika professioner som möter patienter 75+  
 Informationsblad i reception utan nummer  
 Öppet hus  
 Information på närliggande seniorboende  
 Information vid vårens och höstens säsongsvaccination

**Studera:**  
 Bästa resultat av inskrivning på äldremottagningen var via säsongsvaccinationen.  
 Fler började ringa därefter.  
 Ca 80 patienter inskrivna 30/5 -25.



**Summering**

- Ko01S – Sjuksköterska 18 månader (Kronisk sjukdom)
  - Målgruppen 70+: 0,15 ↑ 0,22
- Ko04S – SIP (Samordnad Individuell Plan)
  - Målgruppen 70+: 0,14 ↑ 0,33
- Ko05S – Alla patienter (Sjuksköterskebesök)
  - Målgruppen 70+: 0,15 ↑ 0,22
- Ko06 – Patienter med bensår
  - Målgruppen 70+: 0,23 ↑ 0,31
- Pr06S – Andel mångsökare (Distriktssköterska/sjuksköterska)
  - Målgruppen 70+: 2,4 % ↑ 7,3 %

## Bakgrund

Vi initierade detta arbete för att den vår vårdmodellen inte var anpassad för den växande geriatriska populationens komplexa och sammansatta vårdbehov.

Tidpunkten var kritisk eftersom våra mätvärden visade på en alarmerande och nedåtgående trend i vårdkvaliteten för äldre, med historiskt låg kontinuitet som en tydlig varningssignal.

## Övergripande mål

Ökad kontinuitet för patienter över +75 i vårdkontakt med sjuksköterska. Ökad tillgänglighet och lättare att kontakta vårdcentralen för patienter +75år.

## Februari Läge

Vår vårdcentral är belägen i ett socioekonomiskt utsatt område med en hög andel äldre patienter med invandrabakgrund. Vi ser att denna patientgrupp ofta har svårt att etablera en kontinuerlig vårdkontakt och därmed saknar ett stabilt vårdförhållande.

Denna grupp är särskilt utsatt och har unika vårdbehov, vilket gör det ännu viktigare att stärka kontinuiteten i vården. Genom att fokusera på förbättrad uppföljning och samordning inom äldrevården generellt och sjuksköterskebaserad vård, kan vi skapa en mer trygg och tillgänglig vård för äldre patienter.

- **Kontinuitetsindex för patienter med kroniska sjukdomar inom sjuksköterskors mottagning** ligger på **14%**, jämfört med Jönköpingsnittet på **20%**.
- **Kontinuitetsindex för patienter med bensår** är **23%**, medan regionens snitt är **43%**, vilket visar behov av bättre uppföljning.
- **Kontinuitetsindex för alla patienter inom sjuksköterskeområdet** ligger på **16%**, jämfört med Jönköpingsnittet på **22%**.
- **Kontinuitetsindex för patienter med samordnad individuell plan (SIP)** är dock **25%**, vilket är något högre än regionens **21%**, och visar att vi har en starkare struktur i denna grupp.

## Analys av nuläge

- Trots att det finns tillgång till vårdresurser fördelade mellan distriktsläkare och sjuksköterskemottagning, saknas en samordnad strategi för att koppla samman dessa tjänster effektivt till den äldre patienten.
- I nuläget söker den äldre patienten akuta insatser än att vårdcentralen arbetar hälsofrämjande.
- Närheten till trygghetsboendet gör att seniorpopulationen förändras kontinuerligt – vissa flyttar till permanent boende i regionen medan andra flyttar in. Denna rörlighet gör det svårt att upprätthålla kontinuitet i vården.
- Trots att vi har försökt åtgärda denna utmaning genom flera systematiska förbättringsåtgärder – såsom presentationsbesök på trygghetsboendet, gruppseminarier hos psykolog, gruppträning med sjukgymnast, diabetesskola på modersmål – har vi sett att dessa insatser inte ensamt leder till en förbättrad vårdupplevelse för våra seniorer.
- Det vi saknar är en **gemensam och övergripande strategi**, där alla insatser samordnas för att skapa en sammanhängande och trygg vårdkedja för äldre patienter.

# Fiskbensdiagram/Ischikawadiagram

## Förutsättningar

1. Telefon direkt till sjuksköterska

2. En ansvarig sjuksköterska med egen tidbok

3. Liten och enhetlig grupp

4. Säsongsvaccination, drop in-vaccination

5. Lättöverskådlig anslutningsöversikt – Äldremottagning (ÄM)

Hur förbättras kontinuitet för äldre till sjuksköterskan?

## Hinder

1. En ansvarig sjuksköterska

3. Tidskrävande att nå ut med information

2. Höga förväntningar från patienter

4. Kringgår från rutiner – inte ge rätt information

Verksamhet, process Wasa vårdcentral, distriktssköterskemottagning (äldremottagning 75+)

Förbättringsområde: Ökad kontinuitet och samordning för äldre patienter

Förändring att testa: Distriktssköterskan fungerar som första kontaktperson och vårdsamordnare för patienter 75+

Nuläge/baslinje: Kontinuitetsindex för sjuksköterskebesök 14 % (lågt jämfört med regionens 20 %). Fragmenterad vård och brist på samordning trots resurser.

#### Agera:

ca 215 listade 75+.

Behöver nå ut med information och telefonnummer till listade patienter 75+.

#### Studera:

Bästa resultat av inskrivning på äldremottagningen var via säsongsvaccinationen.

Fler började ringa därefter.

Ca 80 patienter inskrivna 30/5 -25.

Ansvarig: **Distriktssköterska (äldremottagningen) i samverkan med patientansvarig läkare**



Övergripande mål: Stärka kontinuiteten (Ko09S), minska fragmentering och öka patienternas trygghet i kontakten med vården

Startdatum: 2025 (februari, vecka 8)

Mål för testet: Minst 80 % av inkluderade patienter får en namngiven fast vårdkontakt (distriktssköterska).

#### Planera:

Hur kan vi nå ut?

Brev? Besök? Sociala medier? Vårdplaneringar?

Informera de olika professionerna på vårdcentralen.

#### Gör:

Skriver informationblad om ÄM och direktnummer.

Information till olika professioner som möter patienter 75+

Informationsblad i reception utan nummer

Öppet hus

Information på närliggande seniorboende

Information vid vårens och höstens säsongsvaccination



# Påverkansanalys

## Sekundär påverkan – Hur?

### Primär påverkan – Vad?

**Mål/målområde**  
Fungerande äldremottagning för Wasa vårdcentral

Fast sjuksköterske/distriktssköterskekon takt

- En ssk/dsk kopplad till äldretelefonen 4 dagar. Övrigt fördelas mellan ssk.
- Vårdsamordning för 75+ av ÄM-ssk
- Specifika dagar för ÄM-mott.

Lokaler (brist på lokaler?)

- Sammankoppla dsk-mott med ÄM
- Ökat samarbete i ssk-gruppen
- 

Uppföljning av patienter via --- portal och Prea 60

- Ny rutin om månadskontroll av portal och prea 60
- Boka kontinuerliga uppföljningar av fokuspatienter
- Vårdplanering/SIP och hembesök

Samarbete mellan läkare och ansvarig ssk

- Utsatta tider för uppföljning av förbättringsarbete
- Utsatta konsultationstider/dag hos läkare
- Team 1 gång/veckan

## Sammanfattning och Diskussion: Från Reaktiv till Proaktiv Vård

Vår förmåga att skapa en sammanhållen och trygg vårdprocess är den enskilt största framgången. Statistiken visar en dramatisk förbättring i kontinuiteten över samtliga mätpunkter. Starkast lyser resultatet för våra mest sköra patienter med SIP (Ko04S), där index för gruppen 70+ mer än fördubblades från **0,14 till 0,33**. Även den generella kontinuiteten (Ko05S) för alla äldre patienter har stärkts markant, från en kritisk bottennivå på **0,15 till 0,22**.

### Vad har varit utmanande?

Vår framgång med att proaktivt identifiera och engagera patienter med stora vårdbehov har skapat en positiv utmaning: att hantera den ökade efterfrågan och även fånga upp våra patienter +75år. Genom att lyckas nå rätt patientgrupp har andelen mångsökare till äldre mottagning 70+ (Pr06S) nästan tredubblats, från **2,4 % till 7,3 %**. Denna koncentration av vårdtunga patienter till mottagningen har ökat arbetsbelastningen och ställer höga krav på vår förmåga att planera och allokera resurser effektivt framöver.

### Vilka är våra viktigaste lärdomar?

Den absolut viktigaste lärdomen är hur en relativt liten andel av patientpopulationen står för en oproportionerligt stor del av vårdbehovet och vårdförbrukningen. Resultaten bekräftar att genom att fokusera våra resurser och utveckla en skraddarsydd modell för denna högriskgrupp, kan vi uppnå en maximal positiv effekt på hela vårdkedjan. Framgången ligger i att identifiera och rikta insatserna dit de gör som allra mest nytta detta med hjälp av äldremottagningens dagbok som uppdaterades av äldremottagningens distriktssköterska.