

**Bilaga 2, Goda exempel****Delprojekt 1, Närsjukvårdsutredningen**

Under arbetet med mål och uppdrag identifierades ett antal kritiska framgångsfaktorer. Med dessa framgångsfaktorer som underlag är "Goda exempel" från vården inhämtade. Inkomna exempel är inte granskade och värderade.

Beställarkontor Vård  
Gemensam utveckling och projekt  
Ann Fjellner

2003-12-11

LS

## Närsjukvård Delprojekt 1

### Goda exempel Handlingsprogram övervikt/fetma

Inom ramen för sitt uppdrag beslutade HSN 2000-04-25 att ett handlingsprogram gällande övervikt och fetma skulle tas fram. Detta skulle ligga till grund för arbete med övervikt, fetma och därtill relaterade problem i hela landstinget och innehålla tre delar Beställarplan, Vårdprogram och Samhällsinriktad hälsoarbete. Då arbetet med handlingsprogrammet inleddes var planen att förslagen i vårdprogram och program för samhällsinriktat hälsoarbete skulle kunna integreras direkt via beställarplanen. Då kunskapsunderlagen till Vårdprogrammet ansågs bristfälliga, det saknas i stor utsträckning evidensbaserad kunskap om förebyggande och behandlande åtgärder, föreslogs att Vårdprogrammet skulle testas i olika försöksverksamheter. Handlingsprogram övervikt/fetma kommer att revideras under våren 2004, under ledning av Chris Wallin. Uppdragen till försöksverksamheterna svarar emot några av målen för närsjukvården "Tidig upptäckt och tidiga insatser" samt "Sammanhållen vård". Nedan anges medverkande försöksverksamheter och ansvarig kontaktperson.

Behandlingsteamet för överviktiga barn, barnkliniken, Södertälje sjukhus  
Ansvarig kontaktperson: Sven Klaesson

Barnläkarmottagningen, Norrtälje sjukhus  
Ansvarig kontaktperson: Tomas Engvall

Hälsoenheten Södertälje, SLPO (handleder Lina Hage och Tiveta  
hälsocentral)  
Ansvariga kontaktpersoner: Inger Sjöberg, Karin Östling

Järva Vårdcentral, SPO  
Ansvarig kontaktperson: Aalia Zaib

Husläkarmottagning Rimbo/Edsbro AB  
Ansvarig kontaktperson: Lisbeth Wedin

Ältapraktiken AB  
Ansvarig kontaktperson: Ulla Winnberg

# Efterlysning - Goda exempel!

## Kritiska framgångsfaktorer Ökad tillgänglighet

		Gustavsbergs VC, Verksamhetschef Kersti Ejby
	<p><u>Sammanfattning</u> Telefonnummer för</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- upplysning</li> <li>- rådgivning</li> <li>- lots in i "systemet"</li> </ul> <p>Information Kunskap "Gräddfil" Akut - icke akuta</p>	<p>Tele Q – i stort sett 100 % tillgänglighet på telefon. När 1 % av befolkningen, ca 300 telefonsamtal per dag, varav 150 samtal per dag till skärgårdsakuten, mellan 8 – 17 (0,5% av befolkningen) 150 samtal per dag till läkarmottagningen mellan 10 – 11, för icke akuta läkarkontakter, får information när under dagen doktorn återkommer på telefon</p>
<p><u>Barn och ungdom</u> Somatisk vård</p> <p><u>Mitt i livet</u> Somatisk vård</p> <p><u>Äldre</u> Somatisk vård</p>	<p>Telefon – "gräddfil" för kroniskt sjuka Information om vårdutbud etc Barnspec i när sjukv</p> <p>Telefon Info om när sjukvårdens samlade vårdutbud Riktade mottagningar</p> <p>Telefon Information Kunskap/kompetens inkl språk Kontaktperson Gräddfil både tel + besök Direktintag geriatrik Hembesök Äldrevårdcentral</p>	<p>Verksamheten vid vårdcentralen uppdelad på akut och planerad verksamhet vilket tillgodoser både akutbehovet hos befolkningen men också de kroniskt sjukas behov. Skärgårdsakut 08-17 tidsbokning via Tele Q. Av de 150 samtalen per dag klaras ¾ av med råd om egenvård, hänvisning till sin doktor på icke akut tid eller hänvisning till distriktsjuksköterskemottagningen ca 25 % = 40 patienter per dag tas emot på skärgårdsakuten. Planerad mottagning 08-17 för övriga patienter.</p>
<p><u>Psykiatrisk vård</u> Alla åldrar</p>	<p>Telefon Information Akuttider för psykisk oh Remisshantering Mobila team Kontaktperson Telefon Akut-tider</p>	
<p><u>Missbruk</u> Alla åldrar</p>		

# Efterlysning - Goda exempel!

## Kritiska framgångsfaktorer Sammanhållen vård

		<b>Gustavsbergs VC</b> <b>Kersti Ejeby, verksamhetschef</b> <b>Erik van Mandsvelt, kontaktperson</b>
	<b><u>Sammanfattning</u></b> <b>Gemensam</b> <b>vårdokumentation</b> <b>Koordinatorsfunktion</b> <b>Stödjande</b> <b>ersättningssystem</b> <b>Krav i upphandling/avtal</b> <b>Team</b> <b>Direktinläggning</b>	
<b><u>Barn och ungdom</u></b> Somatisk vård  <b><u>Mitt i livet</u></b> Somatisk vård  <b><u>Äldre</u></b> Somatisk vård  <b><u>Psykiatrisk vård</u></b> Alla åldrar  <b><u>Missbruk</u></b> Alla åldrar	<b>Kontaktperson</b>  <b>Team</b>  <b>Direktinläggning från</b> <b>PV</b> <b>Team</b>  <b>Tydliga samverkansök</b> <b>för dubbeldiagnoser</b>  <b>Kontaktperson</b>	Gruppmottagning för sekundärprevention av Stoke/TIA Kartläggning av alla patienter med stroke eller TIA diagnos i journalen. Ett patientregister inrättades på VC och efter genomgång av aktuell journal erbjöds patienten kompletterande utredningar och behandlingar. Detta skedde genom att patienten förutom det enskilda läkarbesöket också tillsammans med anhörig inbjöds att delta i gruppmottagning tillsammans andra patienter och deras anhöriga. Vid gruppmottagningen gavs både medicinsk information samt information om levnadsvanors betydelse, motion, hjälpmedel, bilkörning etc. Patienter och anhöriga medverkade genom att berätta om sina erfarenheter och gav råd till varandra.  Strukturerad arbete för att förhindra förnyat insjuknande, utökat samarbete med sjukhuskliniker och patientföreningar.

# Efterlysning - Goda exempel!

## Kritiska framgångsfaktorer Sammanhållen vård

		Helena Josefsson, verksamhetschef Fittja VC
	<u>Sammanfattning</u> <b>Gemensam vårdokumentation</b> <b>Koordinatorsfunktion</b> <b>Stödjande ersättningssystem</b> <b>Krav i upphandling/avtal</b> <b>Team</b> <b>Direktinläggning</b>	
<u>Barn och ungdom</u> Somatisk vård  <u>Mitt i livet</u> Somatisk vård  <u>Äldre</u> Somatisk vård  <u>Psykiatrisk vård</u> Alla åldrar  <u>Missbruk</u> Alla åldrar	<b>Kontaktperson</b>  <b>Team</b>  <b>Direktinläggning från PV</b> <b>Team</b>  <b>Tydliga samverkansök för dubbeldiagnoser</b>  <b>Kontaktperson</b>	Rehabrådet i Norra Botkyrka En styrgrupp med chefer/representanter från vårdcentralerna i Alby, Fittja och Hallunda, öppenpsykiatri i Fittja, socialförvaltningen, försäkringskassan, reAgera samt samordnare från Sambo träffades första gången den 26 februari.  Man började med en inventering av antalet nya sjukskrivningar, samt antalet pågående långa ärenden hos försäkringskassan och socialförvaltningen.  En inriktning på arbetet var att skapa förutsättningar för att minska antalet långa sjukskrivningar genom att använda de gemensamma befintliga resurserna på ett effektivare sätt, för att kunna ge en bättre service till vår befolkning.

Närsjukvårdsprojektet  
Delprojekt 1  
Att: Ann Fjellner

Hej !

Här kommer några synpunkter från Strokegruppen ang. ” Goda exempel ”.

Kritiska framgångsfaktorer.

– **Tidig upptäckt och tidiga insatser – Äldre, somatisk vård:**

Strokegruppen fungerar som koordinator mellan patient och övriga vårdgivare. Speciellt viktigt för patienter med afasi.

– **Trygghet – Äldre, somatisk vård:**

Närståendestöd.  
Obruten vårdkedja.  
Koordinator.

– **Ökad tillgänglighet – Äldre, somatisk vård:**

Individuella telefonsvarare med återuppringning samma dag. Även personer med afasi vågar/kan använda sig av denna tillgänglighetsservice.

– **Sammanhållen vård – Äldre, somatisk vård:**

Övergripande remiss i VÖK för patienter med diagnosen stroke.  
Obruten vårdkedja mellan slutenvården och Strokegruppen.

För Strokegruppen

Lena Henricson

# Efterlysning - Goda exempel!

## Kritiska framgångsfaktorer Sammanhållen vård

		Nils Joneborg, Processansvarig
	<b>Sammanfattning</b> <b>Gemensam</b> <b>vårdokumentation</b> <b>Koordinatorsfunktion</b> <b>Stödjande</b> <b>ersättningssystem</b> <b>Krav i upphandling/avtal</b> <b>Team</b> <b>Direktinläggning</b>	
<u><b>Barn och ungdom</b></u> Somatisk vård  <u><b>Mitt i livet</b></u> Somatisk vård  <u><b>Äldre</b></u> Somatisk vård  <u><b>Psykiatrisk vård</b></u> Alla åldrar  <u><b>Missbruk</b></u> Alla åldrar	<b>Kontaktperson</b>  <b>Team</b>  <b>Direktinläggning från</b> <b>PV</b> <b>Team</b>  <b>Tydliga samverkansök</b> <b>för dubbeldiagnoser</b>  <b>Kontaktperson</b>	<p>Närpsykiatri Liljeholmen är en del av den psykiatriska mottagningen i Liljeholmen. Vi är samlokaliserade med vårdcentralen i Liljeholmen och tar i nära samarbete med ansvarig husläkare emot, bedömer och behandlar patienter från 18 års ålder. Aktuella patienter är mantalsskrivna inom Liljeholmens primärvårdsområde – vårdcentralerna Liljeholmen, Axelsberg och Gröndal. Vi fungerar även som en länk till den övriga psykiatrin där vi direkt kan remittera patienter till rätt instans.</p> <p>Vi arbetar dels med en tidsbokad mottagning, dels konsultativt gentemot HL och övrig personal, dels med fortbildning, information till medarbetare och dels med gruppbehandling/kurser till patienter.</p> <p>Vi tar endast emot patienter på remiss från husläkare. Det är inte möjligt för patienter att ringa och boka tid.</p>

# Efterlysning - Goda exempel!

## Kritiska framgångsfaktorer Trygghet

		Hur har ni arbetat för att öka Tryggheten? Skriv en kort kommentar inom relevant område nedan Ange verksamhet, verksamhetschef och kontaktperson
	<p><b><u>Sammanfattning</u></b>  <b>Anhöriga – kunskap - råd om sjukdom /info vart man vänder sig</b>  <b>Patient – kunskap - råd om sjukdom/ info vart man vänder sig</b>  <b>Kontinuitet</b>  <b>Kunskap och kompetens om olika gruppers behov</b>  <b>Språklig och kulturell kompetens</b></p>	
<p><b><u>Barn och ungdom</u></b> Somatisk vård</p> <p><b><u>Mitt i livet</u></b> Somatisk vård</p> <p><b><u>Äldre</u></b> Somatisk vård</p> <p><b><u>Psykiatrisk vård</u></b> Alla åldrar</p> <p><b><u>Missbruk</u></b> Alla åldrar</p>	<p><b>Barnspecialist i närsjukvård</b>  <b>Kontinuitet</b>  <b>Gruppverksamhet</b></p> <p><b>Samarbete med patientföreningar</b>  <b>Gruppverksamhet</b></p> <p><b>Kontinuitet</b>  <b>Patent kallas för kontroll i vissa fall</b>  <b>Gruppverksamhet</b></p> <p><b>Kontaktperson</b></p> <p><b>Kontaktperson</b></p>	<p>Diabetesenheten vid Nacka Närsjukhus Proxima erbjuder gruppundervisning för diabetiker och deras anhöriga. Egenvårdsutbildning för diabetiker och deras anhöriga består av fyra tillfällen à tre timmar. Efter avslutad utbildning erbjuds patienten ett individuellt uppföljningsbesök, därefter återrapporteras patienten till vårdcentralen.</p> <p>Diabetesenheten arbetar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• patientrelaterat</li> <li>• psykopedagogiskt</li> <li>• samt strävar efter att få välutbildade patienter.</li> </ul>



# Efterlysning - Goda exempel!

## Kritiska framgångsfaktorer Ökad tillgänglighet

		Hur har ni arbetat för att öka tillgängligheten? Skriv en kort kommentar inom relevant område nedan Ange verksamhet, verksamhetschef och kontaktperson
	<p><u>Sammanfattning</u> Telefonnummer för</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- upplysning</li> <li>- rådgivning</li> <li>- lots in i "systemet"</li> </ul> <p>Information Kunskap "Gräddfil" Akut - icke akuta</p>	
<p><u>Barn och ungdom</u> Somatisk vård</p> <p><u>Mitt i livet</u> Somatisk vård</p> <p><u>Äldre</u> Somatisk vård</p> <p><u>Psykiatrisk vård</u> Alla åldrar</p> <p><u>Missbruk</u> Alla åldrar</p>	<p>Telefon – "gräddfil" för kroniskt sjuka Information om vårdutbud etc Barnspec i närsjukv</p> <p>Telefon Info om närsjukvårdens samlade vårdutbud Riktade mottagningar</p> <p>Telefon Information Kunskap/kompetens inkl språk Kontaktperson Gräddfil både tel + besök Direktintag geriatrik Hembesök Äldrevårdcentral</p> <p>Telefon Information Akuttider för psykisk oh Remisshantering Mobila team Kontaktperson Telefon Akut-tider</p>	<p>Närakuten, Nacka Närsjukhus Proxima har ofta telefonkontakt med patienten/föräldern fler gånger under dagen för att följa sjukdomsförloppet och skapa en trygghet för föräldern att avvakta i hemmet.</p> <p>Direktinläggning sker från Närakuten till Nacka Geriatriken. Denna föregås ofta av det samarbete som finns mellan "Proxima" och ambulanssjukvården i Nacka/Värmdö, Södermalm. Detta innebär ett effektivare arbetssätt för ambulanssjukvården och framföra allt ett smidigare omhändertagande för patienten.</p>

# Efterlysning - Goda exempel!

## Kritiska framgångsfaktorer Tidig upptäckt och tidiga insatser

		<p>Har ni något systematiskt arbete för Tidig upptäckt och tidiga insatser? Skriv en kort kommentar inom relevant område nedan Ange verksamhet, verksamhetschef och kontaktperson</p>
	<p><b>Sammanfattning</b> Strukturerade frågor om ohälsa, droganvändning, övergrepp Signalsystem – när fråga Struktur för hantering av svaren</p>	
<p><b><u>Barn och ungdom</u></b> Somatisk vård</p> <p><b><u>Mitt i livet</u></b> Somatisk vård</p> <p><b><u>Äldre</u></b> Somatisk vård</p> <p><b><u>Psykiatrisk vård</u></b> Alla åldrar</p> <p><b><u>Missbruk</u></b> Alla åldrar</p>	<p><b>Ställa rätt frågor vid rätt tillfälle</b> <b>Kunna hantera svaren</b> (tobak/alkohol/övriga droger, psykisk ohälsa/ätstörningar/övervikt, sexuella övergrepp/misshandel)</p> <p><b>Ställa rätt frågor vid rätt tillfälle</b> <b>Kunna hantera svaren</b> (tobak/alkohol/övriga droger, psykisk ohälsa/övervikt med komplicerande sjuk/fetma, sexuella övergrepp/misshandel)</p> <p><b>Ställa rätt frågor vid rätt tillfälle</b> <b>Kunna hantera svaren</b> (undernäring, förvirringstillstånd, demens)</p> <p><b>Ställa rätt frågor vid rätt tillfälle</b> <b>Kunna hantera svaren</b></p> <p><b>Ställa rätt frågor vid rätt tillfälle</b> <b>Kunna hantera svaren</b></p>	<p>Närakuten, Nacka Närsjukhus Proxima har ett nära samarbete med kvinnojouren, mansjouren och socialjouren för att kunna hantera dessa frågor på bästa sätt.</p>

# Efterlysning - Goda exempel!

## Kritiska framgångsfaktorer Sammanhållen vård

		ASIH Nacka (PAH) Inger Fridegren, verksamhetschef
	<b>Sammanfattning</b> <b>Gemensam</b> <b>vårdokumentation</b> <b>Koordinatorsfunktion</b> <b>Stödjande</b> <b>ersättningssystem</b> <b>Krav i upphandling/avtal</b> <b>Team</b> <b>Direktinläggning</b>	
<u><b>Barn och ungdom</b></u> Somatisk vård  <u><b>Mitt i livet</b></u> Somatisk vård  <u><b>Äldre</b></u> Somatisk vård  <u><b>Psykiatrisk vård</b></u> Alla åldrar  <u><b>Missbruk</b></u> Alla åldrar	<b>Kontaktperson</b>  <b>Team</b>  <b>Direktinläggning från</b> <b>PV</b> <b>Team</b>  <b>Tydliga samverkansök</b> <b>för dubbeldiagnoser</b>  <b>Kontaktperson</b>	PAH i Nacka startade 1984 med Motalas LAH som förebild.  PAH's målsättning är att erbjuda god vård i hemmet till patienter som annars skulle behöva vårdas helt eller delvis på sjukhus. Ett policy-dokument togs fram 1996. Av detta framgår att målsättningen är: <ul style="list-style-type: none"> <li>• att ge god medicinsk och palliativ vård samt omvårdnad i hemmet utifrån patientens individuella behov</li> <li>• att vårda svårt sjuka och döende med hänsyn till fysiska, psykiska, sociala och andliga behov</li> <li>• att ge närstående stöd i form av information, undervisning samt samtal både under och efter vårdtiden.</li> </ul> Samverkan med primärvård, sjukhuskliniker, kommun, kyrka m fl

# MT-projektet Nacka.

## Bakgrund

Flera av de patienter, till vilken en ambulans kallas idag, har ett vårdbehov, som kan klaras av husläkare eller annan primärvård. För de patienter som inte är anslutna till hemsjukvård finns idag inget annat alternativ än att patienten transporteras till en akutmottagning.

1996 väcktes idén att ambulanspersonalen på MT-ambulans i Nacka kommun skulle kunna bedöma patientens vårdbehov så att den enskilde patienten skulle kunna slussas direkt till rätt vårdnivå och därmed slippa att gå omvägen via en akutmottagning.

## Metod och avgränsningar

Efter en lång tids planering och förankring av projektet valde man att begränsa sig till patienter över 65 år utan akut medicinsk, kirurgisk eller ortopedisk sjukdom. Projektet vände sig till patienter med t.ex. sviktande social hemsituation eller med sjukdomstillstånd, som inte behövde behandlas på akutsjukhus. Tillgång till ambulansläkare och sjuksköterska dygnet runt samt direktinläggning på geriatrisk klinik var en grundförutsättning.

## Syfte

Det primära syftet var att öka den enskilda patientens livskvalitet genom att slussa denne till rätt vårdnivå i ett tidigt skede i vårdkedjan och därmed bespara patienten långa väntetider på akutmottagningen.

## Resultat 9905-0003

42 ärenden kunde redovisas, uppskattningsvis utgör detta 10-20% av prioritet-3-körningar. Spontant uttryckte de flesta patienter att det gav dem en ökad livskvalitet.

30 % av patienterna blev inlagda på geriatrisk klinik, övriga kunde klaras i hemmet. Endast 7% behövde åka till akutmottagning.

Projektet visade sig medföra stora ekonomiska vinster för sjukvården, uppskattningsvis 400.000--420.000 kr.

## Resultat 0003-0012

Falck ambulans övertog uppdraget i Nacka kommun i februari 2000 och man beslöt att fortsätta med projektet. Under år 2000 skedde en spontan förändring av projektet, ambulanspersonalen har gjort andra begränsningar än den ursprungliga avseende ålder och prioriteringsgrad. Man valde att se till den enskilde patientens aktuella vårdbehov.

Av 72 redovisade ärenden, ur prioritet-1,2 och 3-körningar, behövde bara 7% åka vidare till akutmottagning. Endast 17 % blev inlagda på geriatrisk klinik, resten kunde tas om hand i primärvården.

Kontakten med primärvården har även används till patienter, som vägrat söka sjukvård eller bedömts kunna stanna kvar i hemmet efter ex.vis insulinkoma och epileptiskt anfall.

Någon kostnadsberäkning är ej gjord för denna period.

Nacka i juni 2001

Inger Fridegren verksamhetschef PAH

## Goda exempel, ökad tillgänglighet, Äldre

### Projektet för tidig bedömning av äldre/multisjuka i Sollentuna, Upplands Väsby och Sigtuna

Löwet Närvård kommer 040201 att gå in i ett projekt tillsammans med Löwet Geriatrik och Falck ambulans i syfte att styra ambulanser med prioritering 3 till rätt vårdinstans. Oftast kan patienten tas omhand inom Närsjukvården.

Löwet Närvård bedriver Närakut på Löwenströmska sjukhuset samt ASIH –verksamhet i Sollentuna, Upplands Väsby och Sigtuna. Löwet Närvård har en hembesöksjourlinje med möjlighet till akut läkarbedömning i eget boende.

Löwet Geriatrik har slutenvårdplatser med möjlighet till direktintag hela dygnet och genom samverkansavtal kan hembesöksjouren under jourtid lägga in där.

Om ambulanspersonal dirigeras ut till någon där man efter särskilda kriterier bedömer att personen i fråga inte är i behov av akutsjukhusets resurser ska man vända sig till Löwet Geriatrik eller hembesöksjouren för bedömning av adekvat vårdnivå. Då kan man med befintliga resurser behandla personen i hemmet, i samarbete med vårdcentralen, skriva in personen för kort tid i ASIH eller använda slutenvårdsplats på Löwet Geriatrik. Nära samarbete med primärvård samt kommunal vård är redan upparbetad.

## Goda exempel, Sammanhållen vård, Äldre

### Gemensamt finansierade vårdplatser

Löwet Närvård har sen flera år tillbaka ett mycket väl utvecklat samarbete med Sollentuna kommun gällande 2 vårdplatser inom kommunal vård. Kostnaderna är fördelade 50/50.

Vårdplatserna finns på Nytorphemets samvårdsavdelning.

Omvårdnaden sköts av personal på avdelningen men läkarinsatser och paramedicinska insatser sköts av ASIH teamet.

Platserna utnyttjas i första hand för patienter inskrivna i Sollentuna ASIH.

ASIH bedriver avancerad sjukvård i hemmet för innevånare i Sollentuna kommun.

Man har ca 30 platser där merparten är palliativ vård.

Vårdplatserna på Nytorpshemmet utnyttjas till största delen för

- Patienter med behov av korttidsvård för inställning av läkemedel eller medicinsk behandling.
- Tillfällig avlastning av närstående
- Vård i livets allra sista skede
- Platsen utnyttjas även till yngre personer där familjen högt skattar närheten till hemmet

Platserna har en hög beläggning och har direktintag hela dygnet.

Samarbetet har varit mycket positivt under åren och bl.a lett till en ömsesidig kompetensutveckling där personalen på vårdavdelningen lärt sig mycket om palliativ vård och personalen på ASIH lärt sig om möjligheter och förutsättningar i kommunal vård och hittat ett samspråk utifrån olika utgångspunkt.

Platserna utgör ett mycket gott komplement till den palliativa vårdkedjan för äldre i Sollentuna som är anslutna till ASIH.

För jämförelse kan nämnas att Löwet Närvård bedriver ASIH-verksamhet i grannkommunerna Upplands Väsby och Sigtuna där denna motsvarighet inte finns och där man får utnyttja dyrare vårdplatser för samma vård.

## Goda exempel, Ökad tillgänglighet, Mitt i livet

### Närakutens telefonrådgivning

Närakuten på Löwenströmska betjänar Sollentuna, Upplands Väsby och Sigtuna kommuner. Befolkningsunderlaget är ca 130000 inv. I området finns 13 vårdcentraler, ca hälften i privat regi och resten tillhörande NLPO.

På Närakuten arbetar vi målmedvetet med att öka tillgängligheten, optimera vårdnivåer och aktivt samverka med övriga vårdgivare.

Vi har en läkarmottagning som är öppen kl 8-22 dagligen, där två läkare tjänstgör samtidigt.

Telefonen är ständigt bemannad med 2-3 sjuksköterskor.

Dom arbetar med följande arbetsuppgifter i telefonen.

- Bokar läkartider vid behov, av alla som ringer och behöver får ca 38 % en läkartid, vilket också kan tillgodoses.
- Bokar tider till Distriktssköterskemottagning på lördag, söndag och helg. Den enda DSK-mottagning i området som är öppen. Vårdcentralernas DSK har ingen jourverksamhet.
- Ger sjukvårdsrådgivning, på gång är att upphandla ett IT-stöd som beslutsstöd för rådgivning som också kan mailas hem till patienten eller skrivas ut och skickas med hem.
- Hänvisar till rätt vårdinstans, vårdcentral, akutmottagning osv. Har dagligen kontakt med vårdcentralerna i området för att förstärka där det behövs eller för att hjälpa patienter som hamnat mellan stolarna rätt. De i området 13 vårdcentralerna är ett ganska lagom antal att ha kontakt med. Vi besöker vårdcentralerna ca en gång per år för aktuell info. Efter årsskiftet planeras en träff med mottagningsköterskor i området för att kunna diskutera arbetssätt och lära känna varandras verksamheter bättre.  
Vårdcentralerna kan höra av sig om de behöver förstärkning av något skäl.
- Har uppdrag att bedriva lokal sjukvårdsupplysning. Närakutens telefon håller sig uppdaterad på det lokala sjukvårdsutbudet. Man har tillgång till E-katalogen i Web-care och kan hjälpa folk att hitta sin vårdcentral i hela Stockholm län. När Web-care är i drift kommer man också kunna hitta biståndsbedömare och hemtjänstområden samt slutenvård inom landstinget.

- Den kommunalt drivna vården /öppen hemtjänst särskilt hör av sig för hjälp med bedömningar. Närakuten kan dirigera ut läkare eller sjuksköterskor för akuta bedömningar i eget boende.



# Efterlysning - Goda exempel!

## Kritiska framgångsfaktorer

### Ökad tillgänglighet

		<p>Hur har ni arbetat för att öka tillgängligheten? Skriv en kort kommentar inom relevant område nedan Ange verksamhet, verksamhetschef och kontaktperson</p>
	<p><b>Sammanfattning</b> Telefonnummer för - upplysning - rådgivning - lots in i "systemet" Information Kunskap "Gräddfil" Akut - icke akuta</p>	<p>reAgera kliniken, verksamhetschef och kontaktperson Per-Olov Persson, per-olov.persson@reagera.se</p>
<p><b><u>Barn och ungdom</u></b> Somatisk vård</p> <p><b><u>Mitt i livet</u></b> Somatisk vård</p> <p><b><u>Äldre</u></b> Somatisk vård</p> <p><b><u>Psykiatrisk vård</u></b> Alla åldrar</p> <p><b><u>Missbruk</u></b> Alla åldrar</p>	<p>Telefon – "gräddfil" för kroniskt sjuka Information om vårdutbud etc Barnspec i närsjukv</p> <p>Telefon Info om närsjukvårdens samlade vårdutbud Riktade mottagningar</p> <p>Telefon Information Kunskap/kompetens inkl språk Kontaktperson Gräddfil både tel + besök Direktintag geriatrik Hembesök Åldrevårdcentral</p> <p>Telefon Information Akuttider för psykisk oh Remisshantering Mobila team Kontaktperson Telefon Akut-tider</p>	<p>* Genom specialområdesansvariga paramedicinare uppdateras kontinuerligt kunskapen hos alla inom specifika områden för ge ständig tillgänglighet även för ovanliga sjukdomstillstånd. * För utprovning av hjälpmedel och enklare ortoser finns öppna mottagningar utan väntetid. * Läkarna på de vårdcentraler som mottagningen samarbetar med har gräddfil för snabb bedömning av rygg/ och nackpatienter för att undvika långa sjukskrivningar.</p>

# Efterlysning - Goda exempel!

## Kritiska framgångsfaktorer

### Tidig upptäckt och tidiga insatser

		<b>Har ni något systematiskt arbete för Tidig upptäckt och tidiga insatser? Skriv en kort kommentar inom relevant område nedan Ange verksamhet, verksamhetschef och kontaktperson</b>
	<b>Sammanfattning</b> Strukturerade frågor om ohälsa, droganvändning, övergrepp Signalsystem – när fråga Struktur för hantering av svaren	reAgera klinikerna, verksamhetschef och kontaktperson Per-Olov Persson, per-olov.persson@reagera.se
<b>Barn och ungdom</b> Somatisk vård	<b>Ställa rätt frågor vid rätt tillfälle</b> <b>Kunna hantera svaren</b> (tobak/alkohol/övriga droger, psykisk ohälsa/ätstörningar/övervikt, sexuella övergrepp/misshandel)	Genom checklistor och dialog hjälps arbetsterapeut, dietist och sjukgymnast åt att bevaka sina områden vid patientkontakt. Dietisterna har lärt sig fråga kring hjälpmedel och sjukgymnasterna bevakar kostfrågor t ex vid hembesök hos äldre patienter som vi vet ofta är undernärda.
<b>Mitt i livet</b> Somatisk vård	<b>Ställa rätt frågor vid rätt tillfälle</b> <b>Kunna hantera svaren</b> (tobak/alkohol/övriga droger, psykisk ohälsa/ övervikt med komplicerande sjd/fetma, sexuella övergrepp/misshandel)	
<b>Äldre</b> Somatisk vård	<b>Ställa rätt frågor vid rätt tillfälle</b> <b>Kunna hantera svaren</b> (undernäring, förvirringstillstånd, demens)	
<b>Psykiatrisk vård</b> Alla åldrar	<b>Ställa rätt frågor vid rätt tillfälle</b> <b>Kunna hantera svaren</b>	
<b>Missbruk</b> Alla åldrar	<b>Ställa rätt frågor vid rätt tillfälle</b> <b>Kunna hantera svaren</b>	

# Efterlysning - Goda exempel!

## Kritiska framgångsfaktorer Trygghet

		Hur har ni arbetat för att öka Tryggheten? Skriv en kort kommentar inom relevant område nedan Ange verksamhet, verksamhetschef och kontaktperson
	<p><b>Sammanfattning</b>  <b>Anhöriga – kunskap - råd om sjuk /info vart man vänder sig</b>  <b>Patient – kunskap - råd om sjuk/ info vart man vänder sig</b>  <b>Kontinuitet</b>  <b>Kunskap och kompetens om olika gruppers behov</b>  <b>Språklig och kulturell kompetens</b></p>	<p>reAgera kliniken, verksamhetschef och kontaktperson Per-Olov Persson, per-olov.persson@reagera.se</p>
<p><b><u>Barn och ungdom</u></b> Somatisk vård</p> <p><b><u>Mitt i livet</u></b> Somatisk vård</p> <p><b><u>Äldre</u></b> Somatisk vård</p> <p><b><u>Psykiatrisk vård</u></b> Alla åldrar</p> <p><b><u>Missbruk</u></b> Alla åldrar</p>	<p><b>Barnspecialist i närsjukvård</b>  <b>Kontinuitet</b>  <b>Gruppverksamhet</b></p> <p><b>Samarbete med patientföreningar</b>  <b>Gruppverksamhet</b></p> <p><b>Kontinuitet</b>  <b>Patent kallas för kontroll i vissa fall</b>  <b>Gruppverksamhet</b></p> <p><b>Kontaktperson</b></p> <p><b>Kontaktperson</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• specialområdesansvariga paramedicinärer garanterar kompetens och ger trygghet åt sina arbetskamrater och åt patienter.</li> <li>• Strukturerade kompetensvägar garanterar kompetens på samtliga mottagningar</li> <li>• Samma paramedicinärer tar alltid hand om patienten, även vid längre uppehåll</li> </ul>

# Efterlysning - Goda exempel!

## Kritiska framgångsfaktorer Sammanhållen vård

		<b>Hur arbetar ni för att uppnå en sammanhållen vård? Skriv en kort kommentar inom relevant område nedan Ange verksamhet, verksamhetschef och kontaktperson</b>
	<b><u>Sammanfattning</u></b> Gemensam vårdokumentation Koordinatorsfunktion Stödjande ersättningssystem Krav i upphandling/avtal Team Direktinläggning	<b>Verksamhet; reAgera klinikerna Verksamhetschef och kontaktperson: Per-Olov Persson (per- olov.persson@reagera.se)</b>
<b><u>Barn och ungdom</u></b> Somatisk vård	<b>Kontaktperson</b>	<b>Hemrehabteam har skapats med arbetsterapeut, dietist, logoped och sjukgymnast för att ge sammanhållen vård i primärvården vad gäller rehab i hemmet för personer &gt;65 år.</b>
<b><u>Mitt i livet</u></b> Somatisk vård	<b>Team</b>	
<b><u>Äldre</u></b> Somatisk vård	<b>Direktinläggning från PV Team</b>	
<b><u>Psykiatrisk vård</u></b> Alla åldrar	<b>Tydliga samverkansök för dubbeldiagnoser</b>	
<b><u>Missbruk</u></b> Alla åldrar	<b>Kontaktperson</b>	

## Några "GODA EXEMPEL" på Folkhälsoarbete inom SLL.

### Hälsoenheten i Södertälje

Hälsoenheten i Södertälje, är ett utmärkt bra exempel på fungerande Folkhälsoarbete. Där arbetar man med de tre viktiga livsstilsfaktorerna; fysisk inaktivitet, tobaksbruk och övervikt/fetma. Man arbetar 50% med behandling och 50% folkhälsoinriktat arbete inkl. handledning till primärvården inom Södertälje, Salem och Nykvarn.

### Att förebygga och behandla hjärtkärlsjukdom i Sollentuna kommun - En hjärtesak

Allt sedan 1988 bedriver primärvården i Sollentuna i samarbete med kommunen och Korpen i Sollentuna ett såväl individ som populations-inriktat arbete för att bättre förebygga och behandla hjärtkärlsjukdomar. Två viktiga delar har lyckats överleva flera strukturella förändringar av vården och det är

- 1) en **föreläsningsserie** om hälsa och livsstil riktad till såväl primärvårdens patienter som allmänheten varje onsdag kväll sedan 16 år tillbaka. Föreläsningarna har varit mycket uppskattade av såväl besökare som personal i primärvården och i snitt ligger antalet besökare på 25 personer per kväll. Mer än 10.000 personer har besökt föreläsningarna under dessa 16 år. Att antalet besökare inte sjunker tyder på ett behov och intresse. Utvärderingar av arbetssättet har också visat att detta är en god hjälp för att ändra levnadsvanor med effekter på riskfaktorer och risk att insjukna i hjärtkärlsjukdom.
- 2) **remiss till speciellt anpassade motionsgrupper** i Sollentuna Korpens regi. Allt sedan 1987 har personal i primärvården möjlighet att remittera patienter som behöver öka sin fysiska aktivitet till speciellt anpassad motionsgymnastik i grupp. Arbetssättet har stått modell för många andra i vården i Sverige och flera utvärderingar visar att detta är både uppskattat och effektivt ur medicinsk synvinkel. Detta är enligt vårt sätt att se det ett bra exempel på hur sjukvård och andra delar av samhället kan samarbeta i folkhälsofrågor.

### Stockholms Diabetes Preventiva Program

Stockholms läns diabetespreventiva program, SDPP, har snart tio års erfarenhet av samhällsinriktat folkhälsoarbete kring några av våra viktigaste levnadsvanor. Fysisk aktivitet, matvanor och övervikt har stått i centrum för arbetet i tre stockholmskommuner. Utgångspunkten för SDPP var att förebygga diabetes men arbetssättet och de olika insatser som gjorts kan i själva verket ses som allmänt hälsofrämjande arbete inriktat på levnadsvanor. Det förebyggande arbetet i SDPP har varit samhällsinriktat, dvs. hela samhället, inte enskilda individer, är målgruppen. Idén är att man genom olika samhällsförändringar ska underlätta för människor att förändra sin livsstil.

## **Hälsoremiss**

Hälsoremissen har stora likheter med verktygen FYSS och FaR men kan ha en bredare funktion och förutom fysisk aktivitet användas för remittering till exempelvis kost, rökavvänjning och stresshantering. En dataanpassad hälsoremiss används sedan våren 2001 på Östra vårdcentralen i Upplands Väsby, inom ramen för Stockholms diabetespreventiva program. Arbetet utvärderas under 2003 av Samhällsmedicin genom enkäter till patienter, vårdgivare och kontaktpersoner.

Syftet med hälsoremissen är att ge alternativ till traditionella behandlingsmetoder och att minska läkemedelskostnader. Grunden för en hälsoremiss är att en vårdgivare (läkare/sköterska/sjukgymnast) i samband med ett patientbesök bedömer i vilken utsträckning förändrade levnadsvanor kan förbättra situationen för en patient. I samråd med patienten utformas sedan en ordination och vårdgivaren skriver ut en hälsoremiss. Patienten tar sedan själv kontakt med vald remissinstans.

För att en hälsoremiss ska fungera bra måste verksamheten bedrivas i större skala. Remissinstanserna kan då arbeta fram bra metoder och grupper kan skapas för patienter med särskilda behov.

Ett hinder för hälsoremissen kan vara tidsaspekten, det tar längre tid att skriva ut en hälsoremiss som bygger på ett utvecklat motivationssamtal, än att skriva ut ett recept på läkemedel. Andra hinder kan vara ovilja inom vården att förändra sitt arbetssätt, hög personalomsättning samt det faktum att det inte finns en enhetlig hälsoremiss för länet.

(text från kommande kapitel om samhällsinriktat arbete i handlingsplan övervikt)

## **Promenadspår och cykelspår**

SDPP har arbetat ganska mycket med att öka möjligheterna och tillgängligheten till vardagsaktivitet, bland annat genom bostadsnära promenad- och cykelspår. Nya spår har anlagts i samarbete med kommunernas gatukontor. Ofta har även kulturkontoret involverats med att ta fram kultur- och historisk information om områdena. I samarbete med Hjärt-Lungfondens Hälsans har flera nya stigar skyltats upp. I Upplands Väsby samarbetade SDPP med företagarföreningen och fastighetsbolaget i en företagspark kring skyltade promenadslingsor inom området. Syftet var att stödja och stimulera till motion på arbetstid eller i anslutning till arbetet.

# GODA EXEMPEL – KRITISKA FRAMGÅNGSFAKTORER

## GODA EXEMPEL FRÅN NACKA

1. "Tidiga insatser/ställa rätt frågor - rätt tid - kunna hantera svaren" samt "trygghet". (Trygghet = patienten vet att personalen kan sina saker, vet vad de säger och ger mig bra råd.)

## BASPROGRAM LIVSSTILSFAKTORER

1. Insatser beträffande livsstil och levnadsvanor skall vara **oberoende** av ålder, kön, kontaktorsak, **diagnos**, personalkategori.
2. "Basprogram" för livsstilsfaktorer framtaget, i form av definierade livsstilsfaktorer: Kost, tobak, alkohol, motion, stress.
3. Utbildning i "det motiverande samtalet" och i kognitivt förhållningssätt för all personal som samtalar med patienter.
4. Ett enhetligt sätt att dokumentera levnadsfaktorer i ProfDoc-journalen som möjliggör uppföljning tillsammans med patienten.
5. "4 frågor om Din hälsa", en folder där patienten kan fylla i livsstilsfaktorer och där värdena är direkt överförbara i ProfDoc-journalen. Detta blir en inkörsport för samtal om fyra livsstilsfaktorer (alkohol, tobak, motion, stress).
6. Väntrumutställningar om kost, motion, alkohol, tobak samt "Gör Din egen hälsoprofil!"

## KOMPETENSUTVECKLING

Kompetensutveckling i samtalsmetodik, "det goda samtalet".  
Kompetensutveckling livsstilsfaktorers betydelse för hälsan.

2. "Sammanhållen vård" – gemensam vårddokumentation

## VÅRDENS DOKUMENTATION

Gemensam och enhetlig dokumentation av livsstilsfaktorer i datajournalen för all personal (se ovan).

## PATIENTÄGD DOKUMENTATION

**Patientägd journal kan användas av patienten, anhöriga och personal.** Det är ägaren, patienten, som bestämmer vem som får se vad, varför sekretesslagen ej gäller. Patientägd journal ger patienten större möjligheter till inflytande av sin egen vård.

- "En personlig hälsojournal för .." är en föräldraren BVC:nal som tagits fram i Skaraborg. Efter anpassning till SLLs basprogram har den prövats på Nacka BVC med gott resultat (enligt föräldrar och personal). Man permanentar användningen där, och ev kommer den att börja användas även på andra håll.
- "Gör Din egen hälsoprofil!" är en väntrumsutställning med ett antal foldrar där individen själv fyller i olika faktorer för hälsan och tar ställning till om han/hon vill göra förändringar.
- "Min hälsokalender – mitt språkrör vid kontakter med hälso- och sjukvården". En ringpärm med flikar och strukturerade rubriker som prövats bland pensionärer, hemsjukvårdspatienter och stroke-förening. Den preliminära utvärderingen visar att tanken är rätt, att utformningen är god men att det behövs studiecirkel eller dylikt för att man ska komma igång att använda boken ordentligt.

## GEMENSAMT INFORMATIONSMATERIAL

Gemensamt producent- och diagnosbundet informationsmaterial för alla personalkategorier.

### 3. "Sammanhållen vård" – koordinatorsfunktion

#### NACKAMODELLEN FÖR FÖREBYGGANDE ARBETE I PRIMÄRVÅRDEN

En distriktssköterska på heltid och en distriktsläkare på deltid, båda med folkhälsovetenskaplig utbildning, har som del i sitt uppdrag att stödja verksamhetscheferna i deras utveckling av det förebyggande arbetet. Utvärderingen har varit mycket positiv. Se tidigare utskickade rapporter.

### 4. Sammanhållen vård – stödjande ersättningssystem och krav i upphandling/avtal

Det enda sjukvårdsområde som utvecklat sin beställning av hälsoarbete i primärvården är SÖSO. Detta, samt dialogen producent – beställare – Folkhälsoenheten, har lett till beställningar och uppföljningssystem som känns någorlunda adekvata både för beställaren och producenterna. Se utkastet till mpa-rapport.

2003-12-05

Ingrid Eckerman

Folkhälsoenheten i Nacka, Boo vårdcentral

747 57 39

Ingrid.eckerman@slpo.sll.se