

Pensionärsrådet

2023-06-20



Punkter

- Status geriatriska kliniken och minnesmottagningen
- Katastrofmedicinsk beredskap och expertis i Gävleborg
- Palliativ vård i regionen
- Samverkan med kommunerna kring vårdplatser
- Kontaktmöjligheter till ögonkliniken
- Regionalt etikråd
- Utlarmning av frivilliga hjärt-/lungräddare vid hjärtstopp
- Tillgången på övervakningsplatser
- Status kring fortbildning för personalen
- Regionens ansvar särskilda boenden efter pandemin
- Hembesöksteam i Gävleborg
- ”Borttagande” av ADHD-diagnos för en patient – hur?

Status geriatriska kliniken och minnesmottagningen

- Två geriatriker utgår från Hudiksvall och är i Gävle 1 ggr/vecka vid sidan av konsulter via telefon för hela regionen
- Två geriatriker utgår från Gävle med ansvar för avdelningen med 16 vårdplatser/vpl (fn 14 vpl). Möjligen har vi ytterligare en specialist på gång till Gävle i form av timanställning. Förhoppningen är att vi ska kunna få napp på läkare under specialisttjänstgöring (ST) efter sommaren
- Idag ca 40 % inhyrd personal för att täcka avdelningens bemanning
- Inga förändringar gällande avdelningen och inga planerade förändringar
- Geriatrikens roll i arbetet med god och nära vård och närvårdscenter ses över

Katastrofmedicinsk beredskap

- *Pandemin gav anledning att ifrågasätta beredskapen för de svårast sjuka äldre. Alla regioner ska ha en katastrofmedicinsk beredskap och expertis. Finns sådan expertis inom vår region?*
- Regionen har en särskild beredskapsenhet som samverkar med hälso- och sjukvården och har löpande samarbete med regionens traumaansvariga läkare. Denna enhet har det övergripande ansvaret för regionens krisberedskap. Under våren har en särskild beredskapsöverläkare anställts på deltid

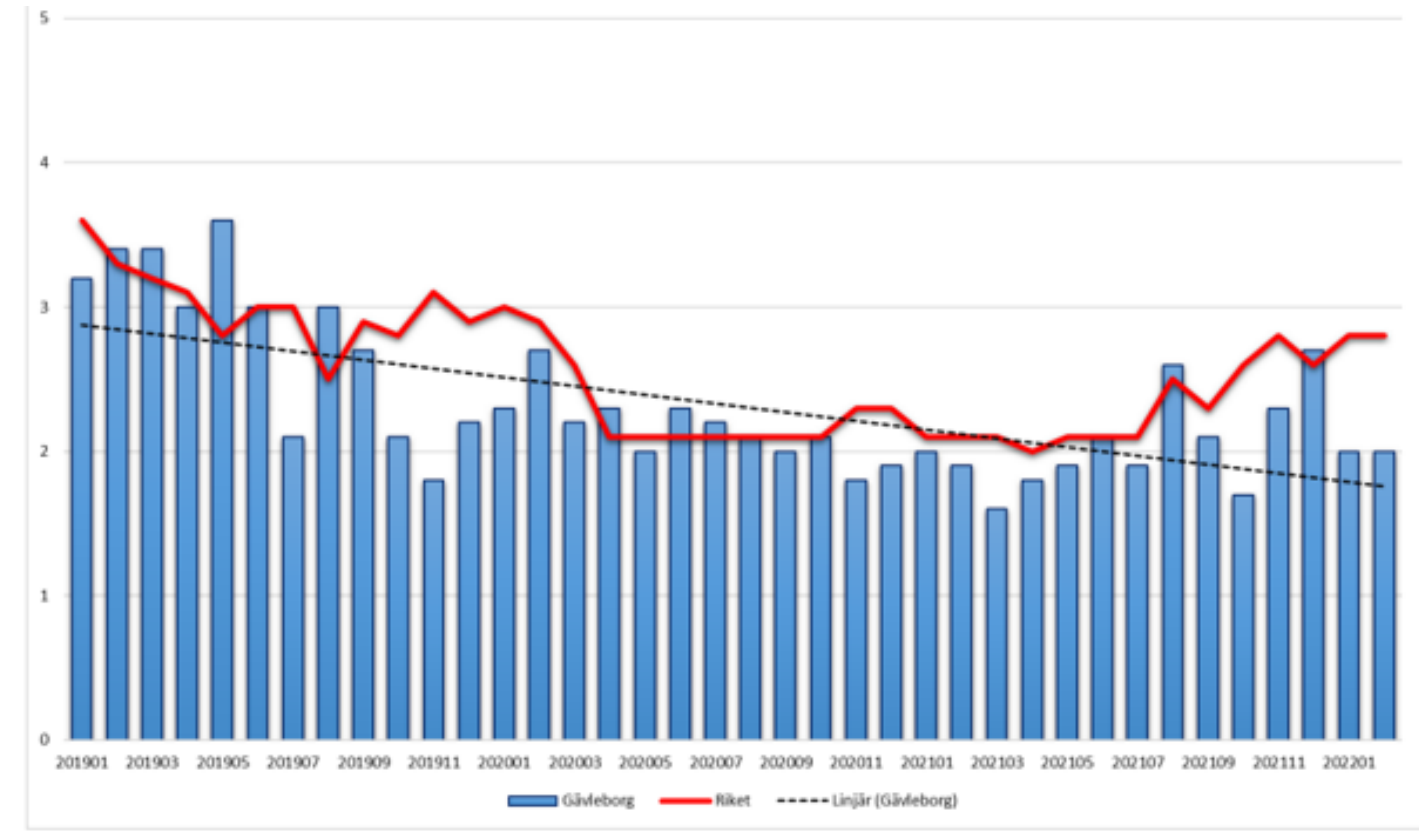
Palliativ vård i hemmet

- *Många äldre är i behov av palliativ vård såväl i hemmen som på sjukhus och andra vårdinrättningar. Hur är situationen i vår region och hur ser planerna för framtiden ut?*
- Palliativa teamet har idag inte något maxtak på antalet inskrivna patienter. Den patient som är i behov av specialiserad palliativ vård i regionen kan idag få det
- Det finns ett stort behov av *allmän* palliativ vård, som komplement till dagens, alltså den palliativa vård som kan skötas av hälso- och sjukvården (HoS), särskilda boenden (SÄBO) och korttidsboenden med uppbackning av primärvårdsläkare. Pga belastningen på primärvårdens läkare är det idag dock inte helt lätt att utveckla en sådan verksamhet
- Palliativa teamet har startat ett utbildningsprojekt där de utbildar SÄBO, hemsjukvården, hemtjänsten, vårdavdelningar och mottagningar, för att stärka kunskapen och täcka det glapp som ibland finns mellan vårdavdelning och hemmet
- I ett längre perspektiv ser vi behov av ett närmare och bättre samarbete med HoS. Vi har också börjat diskutera förutsättningarna en palliativ vårdavdelning. Enligt nationella vårdprogrammet i palliativ vård rekommenderas 8-10 specialiserade palliativa vårdplatser/ 100 000 invånare. Sedan januari 2023 finns ett antal sådana vårdplatser på onkologavdelningen

Samverkan med kommunerna kring vårdplatser

- *Hur ser vårdplanerna ut nu när kommunernas korttidsboenden håller på att avvecklas? Vilka samarbeten planeras?*
- Samverkan finns sedan flera år med samtliga kommuner och är specificerat i en överenskommelse
- Uppföljning sker såväl löpande som genom Länsledning (Utskott vuxna) genom data på tider för övertagande, Samordnad individuell plan (SIP) mm

Utskrivningsklara dagar, somatiska vårdavdelningar medelvårdtid



Kontaktvägar till ögonkliniken och optiker

- *Det berättas av våra medlemmar att ögonkliniken haltar när det gäller kontaktmöjligheter och även betr. remisser från optiker.*
- Vi har haft problem med telefontillgängligheten och gör ett riktat arbete för att förbättra denna. Särskilt stöd från bitr hälso- och sjukvårdsdirektör och produktionsenheten. Arbetet följs i särskild ordning

Regionalt etiskt råd

- *SPF har nyligen föreslagit återinrättandet av ett regionalt Etikråd. Hur ser regionen på detta?*
- Gävleborg har ett regionalt etiskt råd sedan ett par år, under ledning av regiondirektören

Hjärt-lungräddning av frivilliga

- *En god glesbygdsvård är särskilt angelägen för de äldre. Vissa glesbygdsområden i Sverige kan larma frivilliga hjärt/lungräddare vid hjärtstopp. Har detta diskuterats i Gävleborg?*
- Ja, frågan om mobila larmtjänster diskuteras sedan flera år såväl sjukvårdsregionalt som regionalt och vi följer såväl erfarenheterna som forskningen med SMS-livräddartjänsten som Region Uppsalas "Första hjälpare"
- Flera aspekter att beakta: reell nytta/överlevnadsdata, kompetens, uppföljning, stöd till utförare, ekonomi
- Ingen ökad överlevnad har setts i forskningen. Sannolikt andra aspekter viktigare: utbildning/kompetens i samhället, hjärtstartare mm
- Vi fortsätter att följa området aktivt i samverkan med sjukvårdsregionen

Tillgången på övervakningsplatser

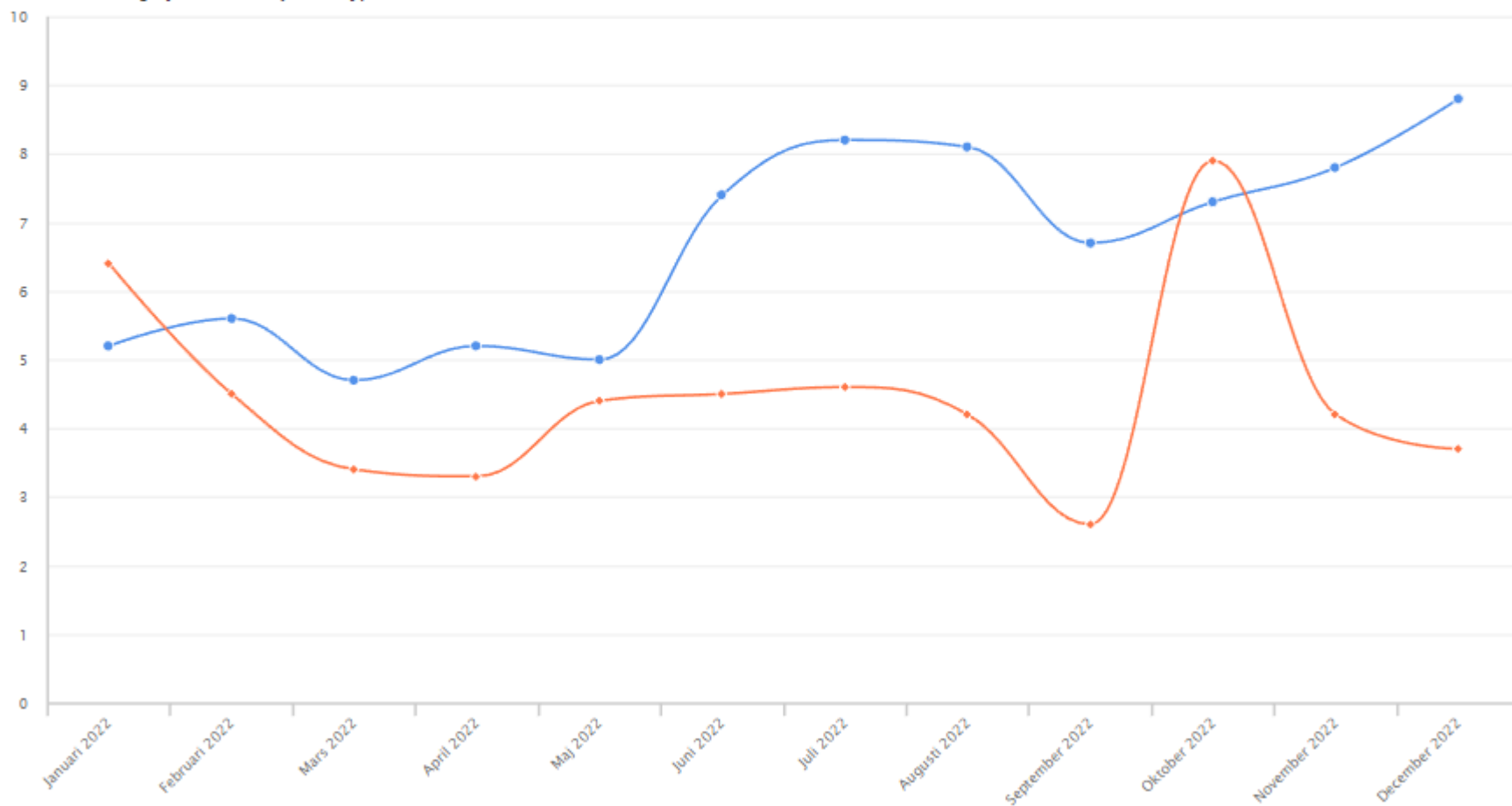
- *Hur ofta händer det att patienter skickas hem från akuten för att det inte finns en övervakningsplats tillgänglig?*
- Finns medicinskt behov ordnas plats. Oklart i vilken omfattning det sker om medicinskt strikt behov inte föreligger (kommunalt åtagande)

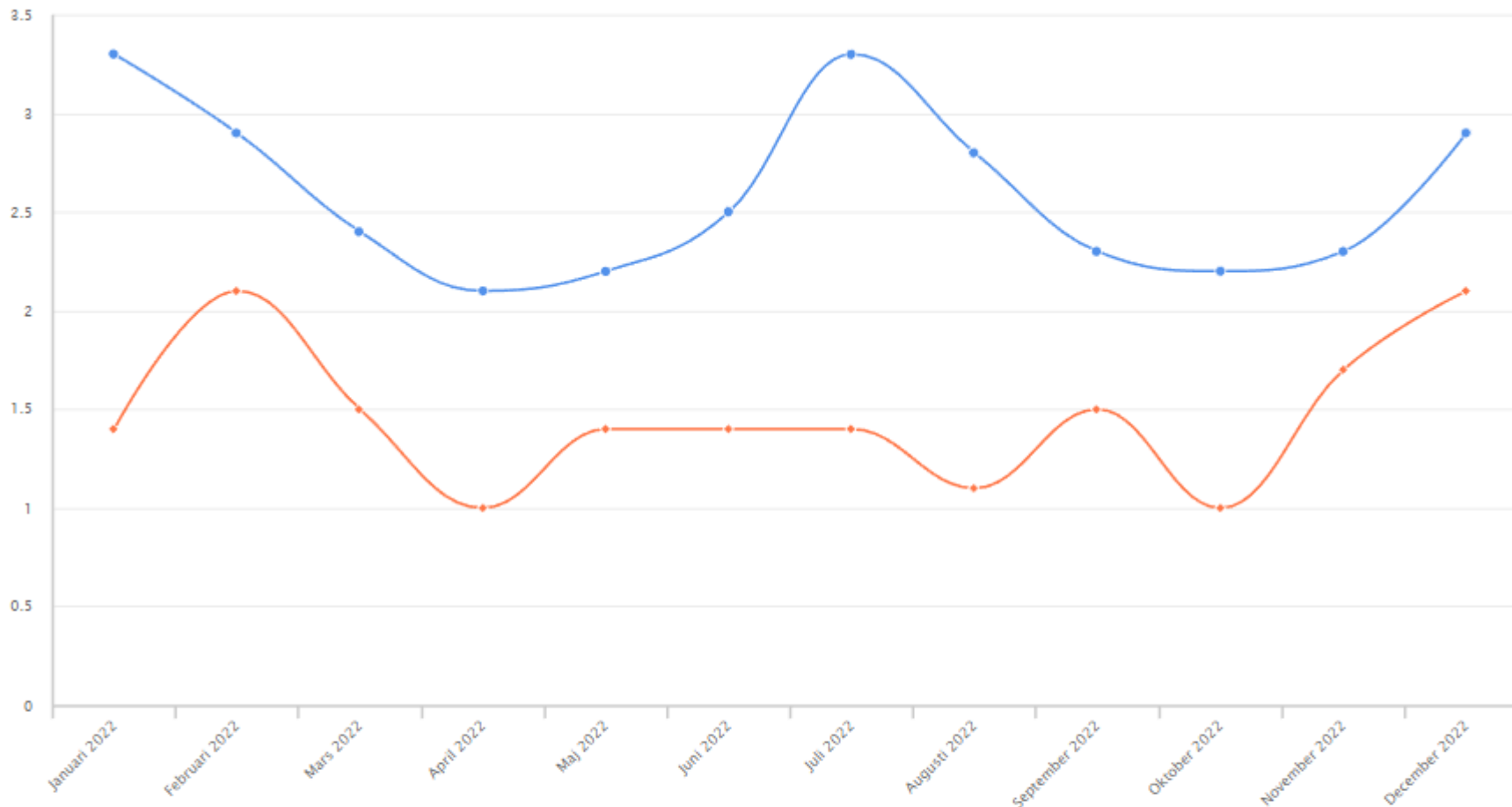
Information om statistiken

Överbeläggningar redovisas som antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser.

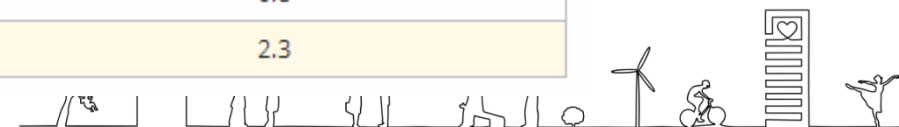
Utlökaliserade redovisas som antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser.

Plats: Gävleborg Sjukhus: Alla sjukhus Typ: Somatik Tid: December 2022





Region	Överbeläggning	Utlokaliserade patienter
Alla regioner	8.8	2.9
Gävleborg	3.7	2.1
Gävle sjukhus	3.2	2.3
Bollnäs sjukhus	6.1	0.8
Hudiksvalls sjukhus	3.8	2.3



Vidareutbildning

- *Hur har möjligheterna för fortbildning utvecklats för läkare och sjuksköterskor och andra med direkt patientansvar?*
- Vi har ett vidareutbildningsansvar, som genomförs både genom intern och extern fortbildning (veckomöten, konferenser, simuleringsövningar, seminarier, journal-clubs, traumavecka mm)

Januari

Konto	Benämning	2023 01	2022 01	2021 01	2020 01	2019 01	2018 01
4631	Intern representation	10,7	4,6	1,1	5,0	5,1	4,9
4611	Kurs- och konferensavgift	33,4	22,2	17,3	35,0	42,5	40,4
Summa		44,1	26,8	18,4	40,0	47,6	45,3

Varav frikod 100153 - extern aktivitet återhämtningsbonus 5,5

Februari

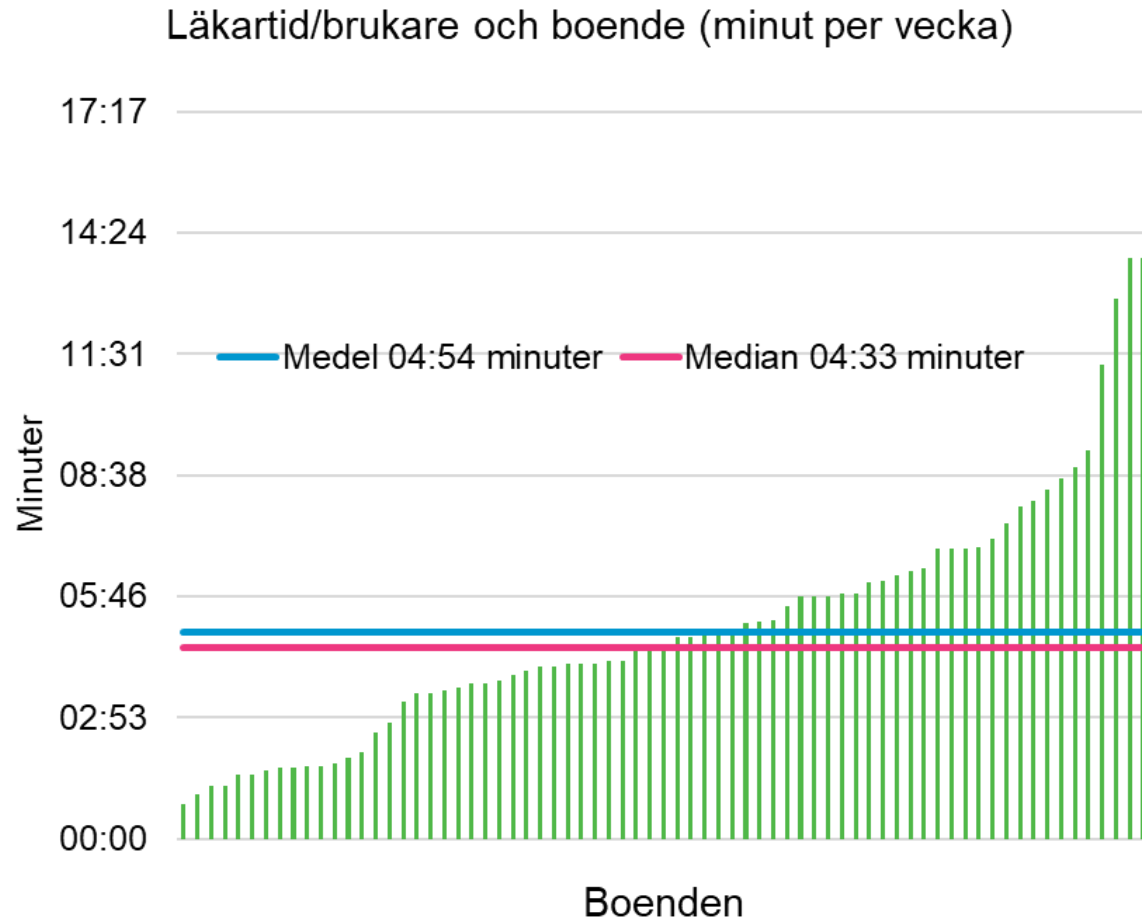
Konto	Benämning	2023 02	2022 02	2021 02	2020 02	2019 02	2018 02
4631	Intern representation	10,9	4,6	1,0	5,1	5,0	4,9
4611	Kurs- och konferensavgift	34,4	22,8	15,7	34,5	42,1	40,6
Summa		45,3	27,4	16,7	39,6	47,1	45,5

Varav frikod 100153 - extern aktivitet återhämtningsbonus 5,6

SÄBO och regionens läkaransvar

- *Hur har regionens ansvar särskilda boenden utvecklats efter pandemin?*
- SÄBO-uppdraget följs av HoS-förvaltningen, Hälsovalskontoret, Samhällsmedicin och Länsledning
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO:s) särskilda granskning renderat ytterligare uppföljningsinsatser, bl a
 - Läkartid/brukare – beslut om minst 6 min (2021)
 - Kontinuitet
 - Översyn rutiner
 - Utbildningsinsatser för befintlig och ny personal
 - Journalgranskningar
 - Patientsäkerhetsronder (under uppstart)

Läkartid säbo äldre



- **Per vecka:**

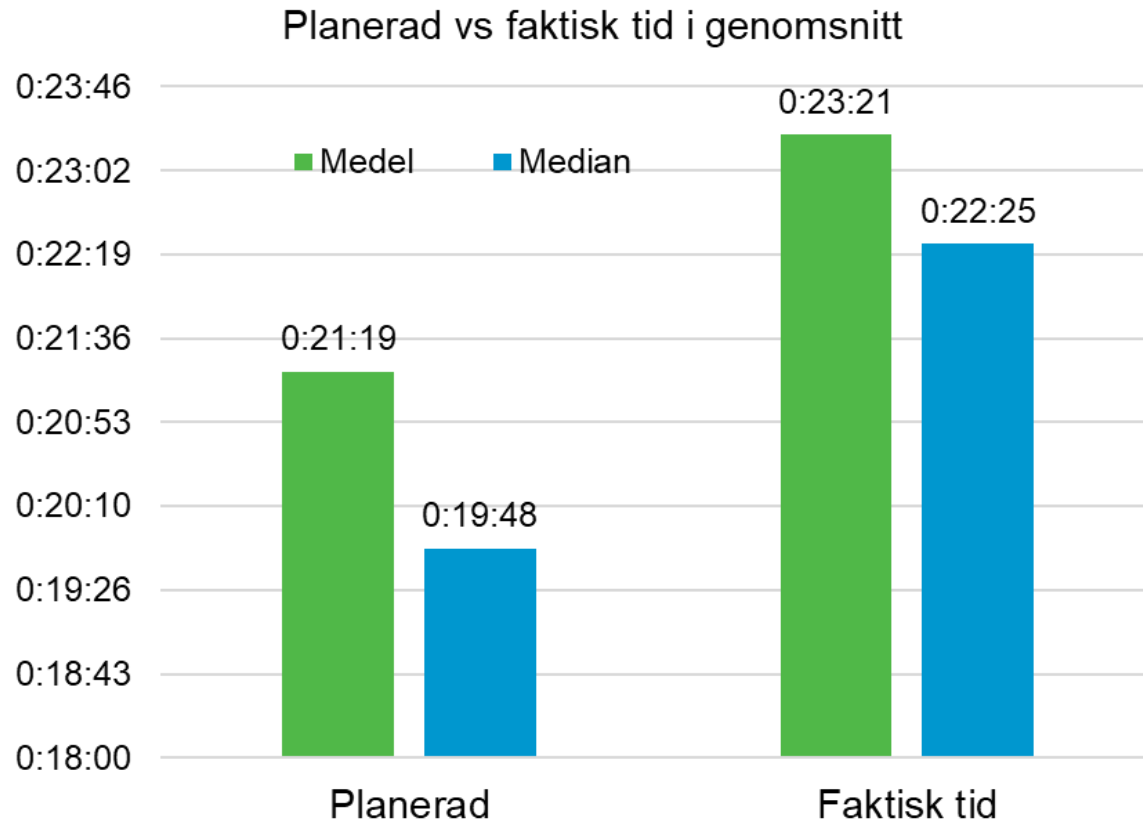
- Variation mellan boende på mellan 0:49 till 13:48 minuter per brukare

- Variationen är svår att värdera utifrån befintligt underlag

- **Medelvärde 4:54 min per brukare och vecka**

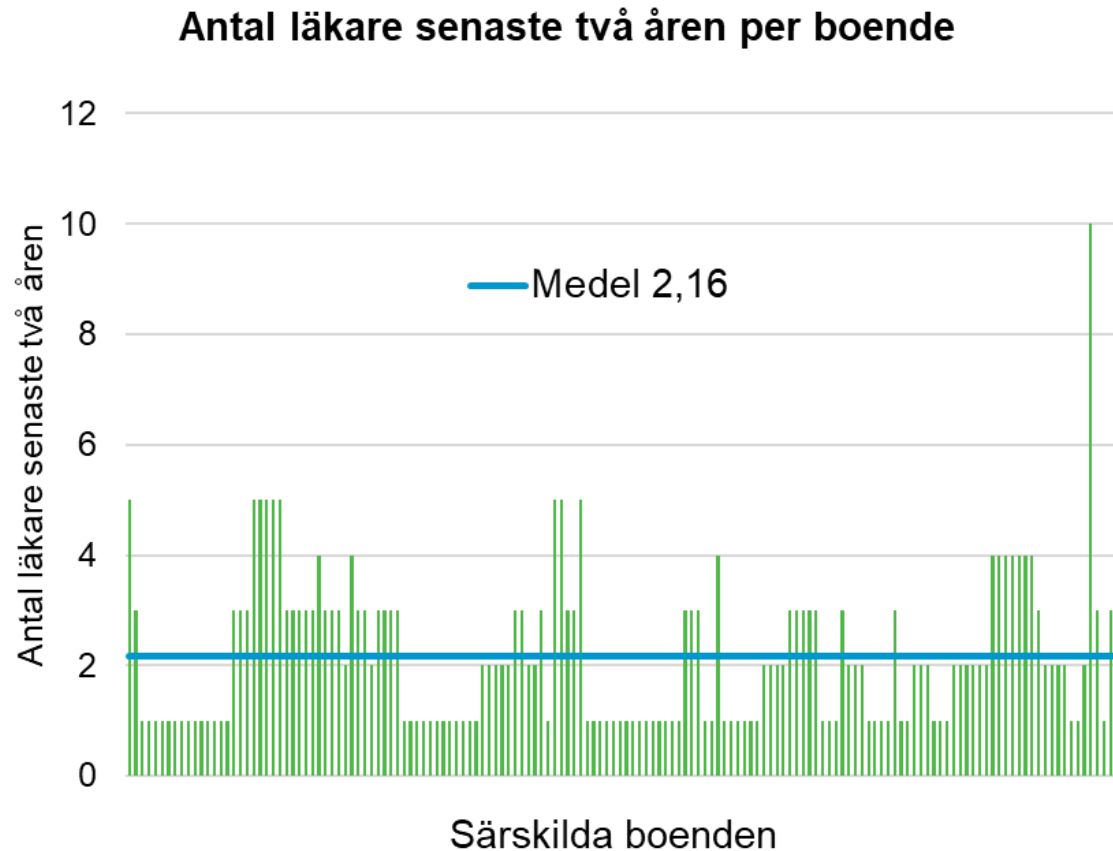
- **Median 4:33 min per brukare och vecka**

Planerad vs faktisk läkartid säbo äldre



- I många fall fyller hälsocentralerna enbart i den planerade tiden enligt tidboken i inventeringen.
- Lite mer än en tredjedel (36 procent eller 26 av 72 boenden) anger dock en annan (högre) tid som faktisk tid som inkluderar administration, telefonsamtal etc.
- Här presenteras genomsnittstiden för alla i planerad och faktisk tid per månad
- Den faktiska tiden är 23:21 i medel och 22:25 i medianvärde.
- **Per vecka blir den faktiska tiden 5:22 i medelvärde och 5:09 i medianvärde**

Kontinuitet per boende de senaste två åren



- En fråga i inventeringen handlar om hur många läkare som totalt har ansvarat för boendet de senaste två åren (mars 2019-2021)?
- Frågan ger en grov indikation på kontinuiteten för de olika särskilda boendena i länet.
- Överlag är kontinuiteten ganska hög och medelvärdet är 2,16 läkare per boende de senaste två åren
- Dock finns undantag med högre värden.

Hembesöksteam

- *Hembesöksteam har avlastat akutmottagningarna på många håll i landet. Har detta diskuterats i Gävleborg?*
- Ja, vi arbetar för att utöka både uppdrag för mobila team men även starta flera. Tanken är att de ska kunna göra hembesök för de sköra patienter som inte har hemsjukvård för att undvika behov av att uppsöka akuten, genom tidigare bedömning och tidigare behandling
- Ett pilotarbete planeras på akutmottagning för att hantera en del av de äldre som sökt sig dit och även kunna följa upp de som har behov närmsta dagarna efter besök på akutmottagning

Borttagande av ADHD-diagnos (I)

- *”Borttagande” av ADHD-diagnos för en patient – hur?*
- Ändring pga fel eller friskförklaring?
 - a) Rutin finns för journalförstöring och rättelse av journal (11-432450) via rättelse, notering eller journalförstöring
 - b) Regional riktlinje för avdiagnostisering finns (se separat bilaga)
- **Se Etisk analys av omdiagnostisering;** Lars Sandman (PrioC Access – en kortrapport från Prioriteringscentrum 2023:1)
”Patientens önskemål om omdiagnostisering kan vara en utgångspunkt, men inte avgöra frågan om huruvida en omdiagnostisering bör ske – eller resultatet av en sådan omdiagnostisering.”

Borttagande av ADHD-diagnos (II)

Avdiagnostisering komplex, men kan bli aktuell om:

Personer utan pågående insatser kan bli aktuella för omvärdering av diagnos om följande gäller:

- Den tidigare diagnossättning och utredning som utförts bedöms **ha brister** eller **vara uppenbart felaktig**. Det måste med andra ord finnas en tydlig misstanke om att diagnosen inte har varit korrekt.
- Diagnosens konsekvenser bedöms leda till **ett stort lidande** för personen, antingen genom begränsningen i yrkesliv eller på annat sätt.
- Patienten har inte haft någon behandling eller insatser för den neuropsykiatriska problematiken under de senaste 12 månader. Exempelvis ingen ADHD-medicinering, då det är viktigt för att kunna bedöma hur man fungerar utan läkemedel.
- Patienten har ingen eller liten rapporterad funktionsnedsättning på grund av neuropsykiatriska symptom.
- Det ska som regel ha gått minst två år sedan diagnosen sattes.