2024-02-09

Tips-listan från Stramas självdeklarationer
Citat från vårdcentralernas slutsatser

Utbilda varandra och särskilt sjuksköterskorna

Vi måste utbilda sjuksköterskorna som har ett stort ansvar vid rådgivning och bokning.

Det är extremt kul att undervisa mellanprofessionellt och det blir givande diskussioner eftersom man är bra på olika saker.

Ökad kunskap kan göra telefonrådgivning mer givande och mer njutbar för sjuksköterskan när det blir mer av ett pedagogiskt uppdrag och mindre av att enbart neka patienten en läkartid.

Vi har startat ett närmare samarbete mellan akutläkare och akutsköterska genom att sitta i samma rum. Detta har lett till bättre förberedelse av ärenden, renodling av patientärenden som ska till läkare samt ökat kunskapen hos sköterskan.

Vi har spridit våra Stramamöten till fler korta tillfällen, tätare påminnelser ger förhoppningsvis bättre följsamhet. Vi har återkommande falldiskussioner (från Strama, Antibiotikasmart och egna).

Utifrån de synpunkter som framkom vid diskussionen borde följsamheten till gängse rekommendation vara relativt god. Förhoppningsvis fick de som eventuellt hade avvikande åsikt, men inte luftat denna, en tankeställare.

Vi har i teorin och enligt fallbeskrivningen varit överens om hur man ska behandla en tonsill men i praktiken visar ju siffrorna annat. Vi specialister måste arbeta aktivt med att ändra våra gamla vanor och uppdatera vår attityd kring ab-förskrivning.

Avsätta mer tid för kontaktläkaren att arbeta med frågorna.

Gemensam utbildning/handledning angående handläggning av infekterade bensår på VC för all personal.

Sjuksköterskorna på SÄBO inbjuds till möte för ökad samsyn. Kontaktläkaren har varit på APT på SÄBO för utbildning om ABU/UVI äldre och bensår. Urinstickor och urinodlingar på SÄBO tas endast efter läkarordination.

Utan stringens går det att röra till borreliaområdet ordentligt!
Avdramatisera mycoplasma! Den är oftast självläkande.

Om vi ökar kunskapen om vilka symtom som indikerar allvarlig pc-allergi kan vi börja utföra fler antibiotikaprovokationer med pc på vårdcentralen.

Vi diskuterade att man INTE behöver premedicinera med antibiotika inför operation av nageltrång.

Struktur på vårdcentralen/patientflöde

Sjuksköterskorna träffar alla akuta och halvakuta patienter först. Deras bedömning, handläggning och omhändertagande resulterar sällan i antibiotika.

Sköterskorna träffar många infektionspatienter, det i sig ger ett skydd mot förskrivarglada doktorer.

Sjuksköterskorna uppmanas att vara tydliga i kommunikationen till stafettläkare när patientbesök bokas: ”Hosta. Behöver väl inte antibiotika?”

Sköterskorna vänder på resonemanget: ”Du får en tid för läkarbedömning, så hoppas vi att du slipper antibiotika!”

Vitala parametrar: Sköterskor kontrollerar frikostigt allmäntillstånd, puls, blodtryck, andningsfrekvens, POX, temp vid patientens ankomst

Att ge infektionen lite tid är kanske vårt viktigaste verktyg som allmänläkare.

Nu försöker vi lägga mer tyngd på hur mycket kvinnan besväras av sin UVI snarare än om hon har en UVI eller inte.

Det behövs både kunskap och kommunikativa strategier i patientmötet, för att förhandla en konservativ behandling gentemot antibiotikaförskrivning.

Om patientfallet är komplext sker en diskussion med kollegor.

Högre grad av bemanning av vår "dagjour" med egna fast anställda läkare.

Vi har nu fått en stabil läkarbemanning och det tror vi är en framgångsfaktor.

God tillgänglighet gör att vi lätt erbjuder ny bedömning vid utebliven förbättring. Vi behöver inte behandla med antibiotika "för säkerhets skull".

Vi försöker använda skriftlig information till patienten, vilket förstärker mycket bra. Vi har Strama-affischer och foldrar i alla väntrum liksom Stramas informationsfilm i väntrummet.

Vi har diskuterat att använda oss av folkhälsomyndighetens information till patienter efter samtal med sköterska via telefon, via vår sms funktion i journalsystemet.

Vi delar ut Folkhälsomyndighetens patientinformationer för det man söker för inför besöket, så att patienten kan läsa medan hen väntar.

På initiativ från BVC-sköterskor har vi börjat med "infektionskurser" för föräldragrupperna: När ska föräldrar söka med sina barn? Vad bör de oroa sig för och när kan eventuell behandling vara aktuell?

Boka bensår på läkartid! Öka kontinuiteten både på sjuksköterske- och läkarsidan. Använd sårwebben mer!

Vi ska förbättra möjligheten att undersöka trumhinnans rörlighet vid otitmisstanke. Utrustning för siegling har införskaffats och vi ska köpa en tympanometer.

Journalföring/dokumentation:

Under journalgranskningen gick vi gemensamt igenom vad som är viktigt att dokumentera i journalen, vad som ska ingå i status, vilka prover som behöver tas och diskuterade om diagnossättning. Bra grund för det fortsatta arbetet!

Vi planerar att alltid informera patientens ordinarie läkare när man hittar "varning pc-allergi" i journalen.

Vi ska tänka på att alltid dokumentera skälen för avsteg från behandlingsriktlinjerna i journalen.

Vi diskuterade diagnossättning och att man ju inte får ”försvara” fel val av behandling med att byta diagnos.

Regnbågshäftet som flik i journalsystemet.
Särskilda journalmallar för tonsillit där centorkriterierna kan kryssas i.

Nyanställd personal/”stafetter”:

Genomgång av förskrivning och journaler efter 2-4 veckor och sen vid behov. Kontaktläkaren är ansvarig.

Verksamhetschefen ser till att alla nyanställda går på Strama-utbildning, inte minst sjuksköterskorna

Stafettläkarkuvertet inklusive Strama quiz till alla nyanställda.
Vi har lyft att kontaktläkaren även bör gå igenom innehållet i stafettläkarkuvertet när det delas ut till nyanställda läkare

Nu lägger vi till i vår information inför tjänstgöring hos oss, att vi helst ser att man går igenom samtliga Stramas patientfall på Stramas hemsida innan man börjar.

Provrutiner:

Vid noggrann anamnes och status behövs det inte tas så många prover.

Vi tar nog CRP lite för ofta "för säkerhets skull". Det gagnar inte heller flödet i mottagningsarbetet som stoppas upp av onödig provtagning och dessutom lär patienten att gå till läkare och ta blodprov.

Vi överanvänder CRP och ger oss själva onödig ångest som tyvärr ibland lindras med ett recept på antibiotika.

Undvika onödiga provtagningar, speciellt provtagning "i förväg", då de skapar onödiga diskussioner och kan leda till antibiotikaförskrivning utan övertygande indikation.

Hellre använda tid på information till patienten än vänta på onyttiga provsvar.

Vi kom fram till att generellt hellre försöka få till bra vitalparametrar både på barn och äldre i stället för kanske onödig provtagning.

Verifiera centorkriteriestärkta tonsilliter med Strep A innan antibiotika!

Feedback

Vi ger regelbunden återkoppling med individuell statistik

Vi har strukturerad feedback till sjuksköterskor i telefonrådgivning

Förskrivardata/följsamhet till riktlinjer

Vi överenskommer att vi alltid tar fram Regnbågshäftet vid infektioner och kollar att vi tänker rätt, istället för att lita på vår kliniska erfarenhet.

Det föreligger individuella skillnader hos oss. Vi har sagt att alla läkare måste ta sitt ansvar och läsa på i Regnbågshäftet.

Att dokumentera med fotografi och samråda med kollega oftare tror vi kan vara en väg att gå för att nå en större trygghet i bedömningen av hud- och mjukdelsinfektioner.

Vi använder Stramas quiz som ett diagnostiskt test och underlag för vilka patientfall man sen väljer att diskutera.

Det vi har upplevt ger mest är att ofta (minst två ggr/termin) diskutera förskrivning och riktlinjer i grupp. Det motverkar dels att man "fastnar" i gamla mönster och jobbet blir roligare samt att man blir uppdaterad.

Regelbundet påminna oss om riktlinjerna, t.ex. med hjälp av minifall i samband med läkarmöte. Viktigt inte minst för de läkare som går på Lättakuten.

Vi måste ha Stramasamtal lite oftare. Vi tog upp spontant hur viktigt och roligt det är att träffas och diskutera så här.

Många patienter är också rädda om sin tarmflora - detta verkar vara ett argument som många tagit till sig.

Om akut cystit hos kvinnor: Ibland tar man sig inte tiden, speciell då det råder tidsbrist, att försöka komma överens med patienten om att försöka utan antibiotika vid milda besvär. Detta troligtvis för att man underskattar antalet patienter som utan längre diskussion skulle förstå hur vi resonerar kring detta. Om man tar diskussionen med patienten, men misslyckas och ändå förskriver antibiotika - det kanske upplevs mer som ett personligt misslyckade än om man inte tar diskussionen och bara skriver ut antibiotika för då kan skylla på tidsbrist och annat externt. Detta trots att vi vet att om vi inte försöker, så misslyckas vi alltid.