

**Datum:** 2023-11-27

**Ansvarig:** Pernilla Ivarsson

**Verksamhet/process :** Bra Liv Bodafors vårdcentral

**A. Förbättringsområde:** *Stärka samarbetet kring våra mest sköra patienter genom att arbeta tvärprofessionellt i team tillsammans med kommunens hemsjukvård.*

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

För två år sedan fick vi erbjudande om att ansöka om att vara med i en studie från Linköpings universitet - SAFE-studien. Samtliga medarbetare tyckte att vi skulle ansöka om att vara med. Så blev det och vi startat det arbetet. Där är det en avgränsad patientlista som ska vara med i studien. När vi gick igenom listan så kunde vi "sakna" flera patienter på listan. Skulle vi på ett liknande sätt ge samma vård till fler av våra sköraste patienter? Kan det vara patienter som faller mellan stolarna? Kan vi förhindra inläggningar genom ett förebyggande arbete?

Vi vill nu utveckla och skapa ett närmare samarbete mellan professionerna på vårdcentralen och kommunens hemsjukvård så arbetet kring Esther förbättras både för Esther och alla vårdaktörer. Vi har åter blivit fullbemannade med distriktsläkare.

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

Vi har för avsikt att arbeta teambaserat utifrån listning på läkare.

Våra två "äldresjuksköterskor/vårdsamordnare" ska vara fast vårdkontakt. Patienternas journal ska märkas upp med Äldremottagning.

Öka samarbetet med kommunens hemsjukvård.

Vi ska mäta antal teamträffar. Mål är att ha minst en träff per månad tillsammans med kommunens hemsjukvård.

Vi vill följa patienternas upplevelse av att ingå i ett nära samarbete. Mätning i september 2023. Mål att 90% ska vara nöjda eller mycket nöjda.

Vi vill även följa frekvensen på inläggningar och vår Prea60-lista.

Ökat samarbete med hemsjukvården. Mätning: antal hembesök av läkare.

Aktiviteter skall vara igång i april 2023.

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

Det finns flera vägar in till vårdcentralen. Vi har av tradition kallat våra kroniker varje år. Under pandemin har många avböjt fysiska besök.

Patienterna kan också boka sig själva via 1177.

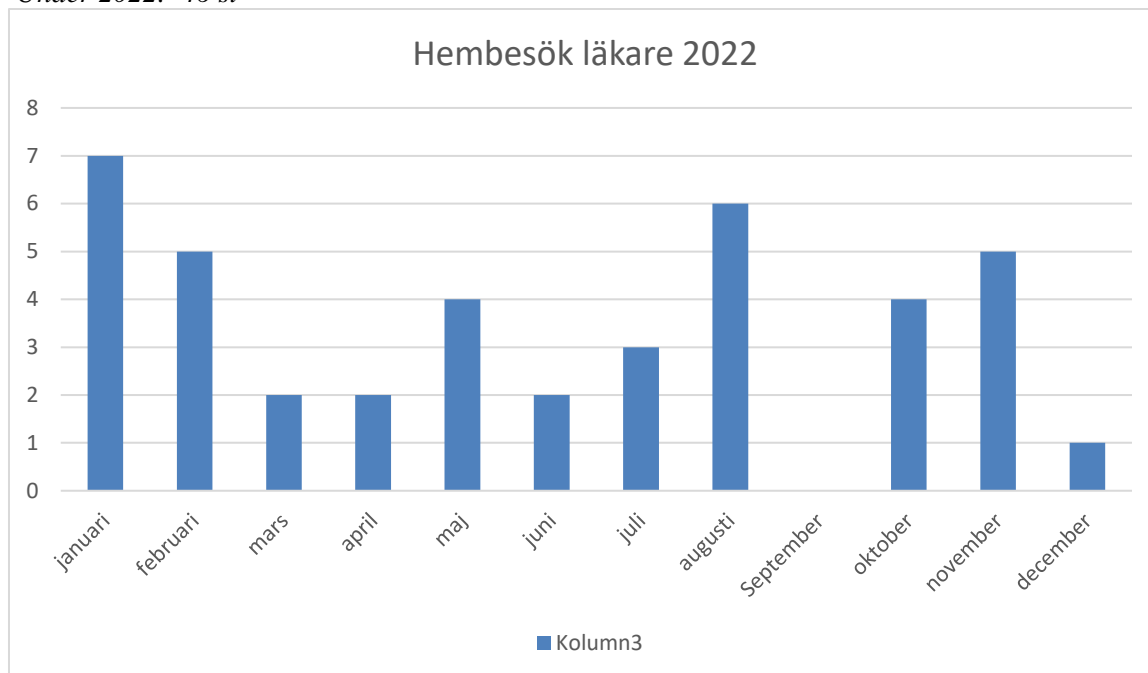
I övrigt så ringer patienterna till Teleq för att boka ett besök. Både 1177 och Tele Q kan vara svårt för vissa patienter. Vi har ett direktnummer till vårdsamordnare men det är endast de som har vårdplanerats som har ett direktnummer till vårdcentralen.

Hemsjukvården kontaktar oss via messenger eller ringer. Ibland kan det vara svårt att få till ett hembesök av läkare utan patienten får komma till vårdcentralen istället.

## Nulägesmätning:

### 1. Antal hembesök av läkare

Under 2022: 46 st



### 2. Antal patienter som ringer på vår direkttelefon idag.

I genomsnitt 2 samtal per månad.

## E 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

A: Det stora inflödet av patienter gör att schemaläggning och planering kan vara svår. I infektionstider kan det vara särskilt svårt då många akuttider går åt till det. Det gör att det kan vara svårt att planera in hembesök. Vi skulle även haft en linje bemannad med hyrläkare men det har inte varit bemannat alla veckor. Det har gjort att det varit ont om läkartider vissa veckor och dagar och då är det enklare att ta patienten till vårdcentralen istället för att göra ett hembesök.

Även kommunens hemsjukvård har haft en stor belastning och haft svårt att hinna med sitt arbete. Tekniken med teleQ kan vara svår för vissa personer. Då kan vårt direktnummer underlätta så patienten snabbt kommer i kontakt med vårdcentralen.

B: Vi behöver pröva nya grepp.

Vara aktiva

Hålla ihop patientens vård inom enheten och i samarbetet med kommunens hemsjukvård.

Kommunikation och teamsamverkan där den fasta vårdkontakten är spindeln i nätet.

Regelbundna kontakter med kommunens hemsjukvård.

Bättre planering av våra tidböcker.

## F Lista prioriterade förändringar som ska testas

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

Vi måste förändra arbetssätt. Skapa flödesschema för samverkan kring Esther. Där kan vi använda delar av arbetet i SAFEstudien.

Identifiera vilka patienter som kan behöva extra stöd och märka deras journaler.

Fråga om samtycke och registrera det.

Arbeta aktivt med Prea60 listan

Göra om schema. Både för sjuksköterskor och läkare. Frigöra tid för team och för hembesök.  
 Ha en telefon som vi bemannar med sjuksköterska 8-17.  
 Skapa mötesplatser och gemensamma planer mellan professionerna på vårdcentralen och kommunens  
 hemsjukvård.  
 Utbilda ansvariga sjuksköterskor.  
 Informera alla på vårdcentralen.

Upprätta fem mätningar

1. Antal patienter som återinläggs inom 30 dagar
2. Antal patienter som tillhör äldremottagningen.
3. Antal teamträffar med kommunen.
4. Patienternas upplevelse av att ingå i ett nära samarbete?
5. Antalet hembesök av läkare

## G. Stegen A-F ska vara väl beskrivna

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

- Gör en analys gällande vilken omfattning och hur de testade förändringarna har påverkat resultaten.
- Mätningar - redovisa resultat för de testade förändringarna, jämför dessa resultat med er baslinjemätning och övergripande mål samt eventuella delmål. Sammanställ resultaten från flera mätpunkter i en tabell eller ett diagram.
- Finns det andra effekter?

Planeringen har gått enligt plan. Vår äldresköterska som ansvarat för SAFE-studien har haft huvudansvaret för arbetet. Hon har informerat på APT och läkar-/sköterskemöten samt haft kontakt med hemsjukvården. Många patienter har erbjudits att ingå i äldremottagningen. Flera har tackat ja men andra har tackat nej pga att de upplever att de redan har ett gott omhändertagande och känner sig trygga med det.

De flesta av patienterna har fått frågan om att delta från läkare och några från hemsjukvården. Vår äldresköterska har gett deltagarna vårt direktnummer till vårdsamordnartelefonen så de kan använda det istället för att ringa till teleQ.

Patienterna har träffat vår äldresköterska flera gånger och hon har även telefonuppföljningar. Hon har teamat patienter med läkarna och även kopplat in sjukgymnast och kurator.

Vi gjorde om läkarnas schema och öronmärkte tider för hembesök. De fick inte användas till annat än hembesök bara om det var ytterst nödvändigt pga tex ensam läkare. Det har gjort att när vi behövt boka in hembesök har det funnits tider. Alla har respekterat det.

Samarbetet men hemsjukvården har blivit bättre. När det varit dags för årskontroll av en patient som tillhör hemsjukvården så har vi erbjudit det som hembesök. Vi har även frågat dem om de vill att hemsjukvården är med vid besöket. Vid flera tillfällen så har de velat det.

### Mätningar:

#### 1. Antal patienter som återinläggs inom 30 dagar

Vi har försökt få fram en mätning med hjälp av controller men inte lyckats med det.

#### 2. Antal patienter som tillhör äldremottagningen.

Vid mätningen var det 20 st som hade markeringen äldremottagning i sitt patient kort.

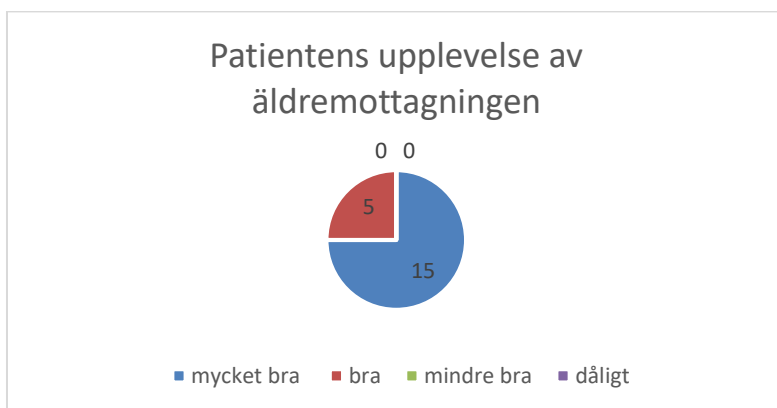
I SAFE har det totalt varit 46st patienter på listan. 19 bortfall pga olika anledningar så som SÄBO, vill inte delta pga sjukdom eller ork, för långt gången demens. 6st bortfall pga dödfall.

### 3. Antal teamträffar med kommunen.

Vi har haft digitala möten med kommunen varje månad på ledningsnivå. I början på året var hemsjukvården välbemannad och vi hade möten nästan varje vecka. Nu sedan sommaren har hemsjukvården haft ett ansträngt läge och inte kunnat boka in planerade möten. Däremot är de inne på vårdcentralen nästan dagligen så vi har kunnat stämma av muntligt.

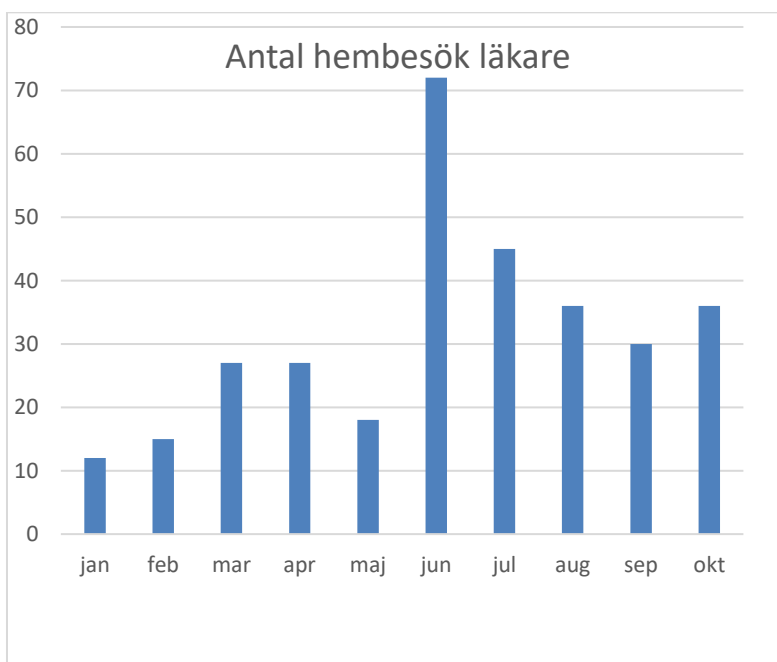
### 4. Patienternas upplevelse av att ingå i ett nära samarbete?

20 patienter har tillfrågats av äldresköterskan om hur de har upplevt äldremottagningen. Samtliga var nöjda. De tycker det är tryggt att ha ett direktnummer till sjuksköterska och att slippa använda teleQ. Det har varit positivt med hembesöken. De känner sig omhändertagna.



### 5. Antalet hembesök av läkare

Vi har frigjort tider för hembesök i läkarnas kalendrar. Varje läkare har haft minst en tid i veckan. Någon flera.



Det har varit positivt med hembesöken. Patienterna har varit nöjda med att slippa ta sig till vårdcentralen. Läkarna känner sig nöjda med att kunna erbjuda hembesöken och det inom rimlig tid. Det har även känts positivt att finnas där för hemsjukvården och kunna stötta dem.

## I. Summering

- Utifrån analys och resultat av de genomförda förändringarna.
- Kort sammanfattning av förbättringsarbetet genom att besvara:

- Vad gjorde ni?
- Hur gjorde ni?
- Vilka tips ger ni till annan vårdcentral som vill göra liknande arbete?

Vi har gjort en ”utvidgad SAFE-studie” i samarbete med hemsjukvården. Utifrån strukturen i SAFE så har vi startat en liten äldremottagning.

Patienterna har vi hittat i PREA 60 listan, från läkare och hemsjukvården. De har erbjudits besök till vår äldresköterska som sedan ”teamat” med ansvarig läkare vid behov. Hon har även kontaktat sjukgymnast och kurator vid behov.

Efter att ha omplanerat våra scheman så har vi lyckats frigöra mer tider för hembesök. Då har vi kunnat erbjuda fler hembesök och då även fler akuta hembesök. Våra mätningar visar tydligt på det. Patienten har fått ett direktnummer till sjuksköterska så man slipper ringa teleQ.

### Vad har vi lärt oss och vad vill vi skicka med?

Vi tycker att vi lärt känna våra mest sköra äldre mer och kunnat erbjuda dem hjälp utifrån behov. De har erbjudits samtal och besök efter behov. En av våra mest oroliga patienter har haft vårt direktnummer och använt det flera ggr i veckan. Det har varit lugnande att veta att en sjuksköterska svarar och kan försöka svara på alla frågor. Ett samtal kan betyda så mycket. Vi har sett att flera av våra Esthrrar känner sig ensamma och då har våra kuratorer varit ett stort stöd. Hon har även gjort hembesök.

Vi har sedan tidigare haft ett bra och nära samarbete med hemsjukvården men nu har det förbättrats ytterligare.

Det ger ett mervärde för alla att ha detta nära samarbete – det är ju samma Esther vi har.

Nu har detta arbete varit förankrat i hela arbetsgruppen. Det har varit en styrka.

Vill man göra något liknande så är det viktigt att lyfta det på en utvecklingsdag eller APT. Få förståelse för att detta är ett prioriterat område och insikt i vad det innebär.

Sätt av tider i kalendrarna i god tid och se det som en möjlighet att lära känna Esther bättre och finnas för de som behöver oss mest.

I fortsättningen vill vi utveckla arbetet mer. Vi har sett vilka stora vinster detta har gett.

Ska vi erbjuda alla som vårdplaneras samma upplägg – följa upp med telefonbedömning, team med läkare om fortsatt plan?

Vilka kriterier ska vi ha? Sköra, hemsjukvård, ”oroliga”, ålder?

Avstämningsmöte inbokade varannan månad med kommunen?

Vi kommer hålla fast vid detta arbetssätt och skruva på det lite till.

Kan något mer göras digitalt?