



Bra Liv Landsbro vårdcentral

*- Förbättrad samverkan
kring patienter med risk för
återinläggning utifrån PREA*

Val av förbättringsområde

Det finns ett behov av att minska återinläggningar både för patienten och vården. Om en person känner sig trygg med planen, minskar det risken för att söka vård i onödan

Bakgrund

Nära vård, vi ser att det finns förbättringspotential i samarbetet mellan patient, slutenvård, kommun och primärvård. Det är inte alltid det finns en tydlig plan med överenskommelse kring patienten.

Vi vill öka förståelsen för varandras arbete och se helheten. Vi använder oss av PREA60-listan idag och känner igen de flesta där men vi vill öka systematiken och förbättra arbetssättet för patientens bästa.

Övergripande mål och delmål

Vi vill försöka minska återinläggningar (undvikbar vård) på sjukhus, med hjälp av en tydlig plan och överenskommelse med nästa steg. Där patienten och anhörig känner sig trygg och vi i vården kan undvika onödiga besök i vården. Kan vi arbeta mer proaktivt?

Färre återinläggningar – vi har fått fram viss statistik kring återinläggningar men behöver definieras bättre för att förstå statistiken och arbeta med den på ett korrekt sätt.

Vi har kommunikation i LINK – som vi vill förbättra med slutenvården och kommunens sjuksköterskor. Vi planerar att bjuda in ovanstående till möte under våren.

Att 85 % av våra patienter utifrån PREA 60-listan, ska ha en överenskommelse eller en vårdplanering (SIP) inom 3 mån.

Nuläge

I januari hade 83 % av våra patienter på PREA-60 listan en överenskommelse och eller en vårdplanering inom 3 månader vilket vi vill förbättra.

Vi har inte arbetat så strukturerat utifrån PREA-60 listan. Många gånger saknas överenskommelse i journalen men uppgifterna står i löpande journaltext, vilket inte är lika tydligt. En överenskommelse underlättar inte bara för patienten utan även mycket för sjuksköterskan i Tele Q när en bedömning ska göras när patienten söker vård igen.

Kommunikationen mellan slutenvård, kommun och primärvård har ibland varit bristfällig.

Analys av nuläget

A. En medarbetare som tidigare arbetat med uppgiften, har slutat sin anställning så vi är nya inom området och är inte helt insatta i arbetssättet.

Kunskapen kring och förståelsen för vikten av tydlig dokumentation och nästa steg är ibland bristfällig. Vi har arbetat med överenskommelse men alla har inte samma arbetssätt.

B. Förbättrad samverkan internt på vårdcentralen och externt med slutenvård och kommun. Att alla medarbetare på vårdcentralen involveras. Vi behöver att arbeta ihop oss som en enhet och det kräver ständig påminnelse och en rutin för att nå en förbättring. Sekreterare blir en viktig del i samverkan med vårdpersonalen. En bättre kontakt mellan oss, slutenvård och kommun är en förutsättning för att nå en långsiktig planering.

Prioritering av förändringar som ska testas

Ta fram en rutinbeskrivning för arbetet med PREA-60 och överenskommelser.

Överenskommelse – ligga steget före med analys och åtgärd varje månad.

Regelbundna avstämningar med:

Patient och eller anhörig

Kommun – hemsjukvården, finns det en plan och överenskommelse?

Slutenvård – PREA 30, kan vi se samma patienter, göra punktkontroller, hitta felkällor eller högriskpatient?

Sömlösa övergångar – involvera Pierre Cherfan.

Controller – för att följa vår statistik.

Resultat och analys av de testade förändringarna kopplat till det övergripande målet

Vi har tagit fram en rutinbeskrivning för arbetet med PREA-60 och överenskommelser.

Sekreterare drar i slutet på varje månad, ut en lista på PREA-60. Den lämnas till vårdsamordnare, som ofta känner patienten bäst, som sedan går igenom den. De som inte har en överenskommelse kontaktas, via telefon, av ansvarig läkare eller sjuksköterska för att det ska finnas en plan. Det har bidragit till att vi hela tiden har haft en lista med överenskommelse på i princip alla.

Vi har ringt upp personerna på listan i september (16 stycken) och efterfrågat om de känner till vad nästa steg är, vad de ska göra om de blir sämre eller hur uppföljningen ska ske. Nio stycken har en överenskommelse där fast vårdkontakt är registrerad, det är tydligt vad patientens, vårdens ansvar

och vad nästa steg är. Dessa personer vet även vad de ska göra och vart de ska vända sig om de behöver söka vård. En har allt utom patientens ansvar, tydligt beskrivet under rätt sökord.

Tre stycken har en överenskommelse och de flesta områden är uppfyllda men vårdens ansvar står i fritext i stället för under rätt sökord. Två stycken är palliativa och vet att de ska vända sig till hemsjukvården men det står inte tydligt i journalen. En vet nästa steg men patientens ansvar är inte dokumenterat i journalen. Det är slutenvården som är kontakten i detta fall. Vårdens ansvar står dokumenterat i löpande text.

Vi har även haft avstämningar med kommunsjuksköterskorna när behov har funnits. De kommer förbi vårdcentralen dagligen och är lätta att nå både via messenger och telefon. Där finns ett bra samarbete. Under året har det även pågått ett gemensamt arbete mellan kommun och primärvård där man från början från kommunens håll, ringt alla som varit inlagda och funnits med i LINK, antingen samma dag de kommit hem, eller dagen efter. Detta arbete har nu mynnat ut i en arbetsfördelning där den som bäst känner patienten har kontakten. Se nedan

Uppföljande hemgångar

- Erbjudande om hembesök vid utskrivning från sjukhuset

Ansvarsfördelning

Det är beslutat att vårdcentralerna och hemsjukvården ska ha ett delat ansvar för att kontakta Esther efter hemgång från slutenvården. Ansvarsfördelningen kommer att behöva avgöras i varje enskilt ärende och för att underlätta i den bedömningen har verksamheterna gemensamt tagit fram en riktlinje.

Exempel på när VC kan ansvara för telefonkontakten	Exempel på när HSV kan ansvara för telefonkontakten
Esther är okänd för både vårdcentral och hemsjukvård och ingen åtgärd vid hemgång har initierats. Inkluderar även Esthlar som inte är initierade till SIP.	Esther har haft insatser av hemsjukvården tidigare (via ex. uppdrag från VC eller tidigare varit inskriven i HSV under en kortare period) och sjuksköterska har god kännedom.
Vårdcentralen har god kännedom om Esther och Esther är inte inskriven i hemsjukvård.	Esther är inte inskriven i hemsjukvård men sjuksköterska har god kännedom utifrån att make/maka har haft insatser.
Esther har regelbundna kontakter med ex. diabetessköterska eller liknande.	En åtgärd initieras till hemsjukvården via Link.
Om Esther är inkluderad i SSIH – avvakta kontakt.	

För att underlätta bedömning om ansvarsfördelning är det viktigt att vårdsamordnare och sjuksköterska i hemsjukvården redan i inskrivningsmeddelandet beskriver tidigare kännedom om Esther.

Exempel på hur svar på inskrivningsmeddelandet kan se ut:

"Känner till patienten ganska väl, vi hjälper till med provtagning med jämna mellanrum". (HSV)

"Patienten har inte haft insatser från vår sida, men vi känner hen väl genom insatser hos närstående". (HSV)

"Patienten är välkänd hos oss och går på regelbundna besök hos diabetessköterska" (VC)

Arbetsordning för vårdsamordnare

Esther är inskriven i Cosmic Link

- Vårdsamordnare bemannar sig med namn och telefonnummer och svarar på inskrivningsmeddelande i samtliga ärenden.
- Utifrån Esthers aktuella hälsotillstånd kan frastexter användas för att samla information för att lättare kunna planera eventuella insatser inför hemgång.
- Rutin för samordning i Cosmic Link följs.
- Vårdsamordnare och sjuksköterska i hemsjukvården klargör ansvarsfördelning av den uppsökande telefonkontakten under meddelande med rubrik "Telefonkontakt VC/HSV". Meddelandet kan initieras av både vårdsamordnare och sjuksköterska i hemsjukvården och sker efter att meddelande om utskrivningsklar har kommit.
- Kontaktuppgifter och information om planerad telefonkontakt förmedlas patienten via utskrivningsplan.

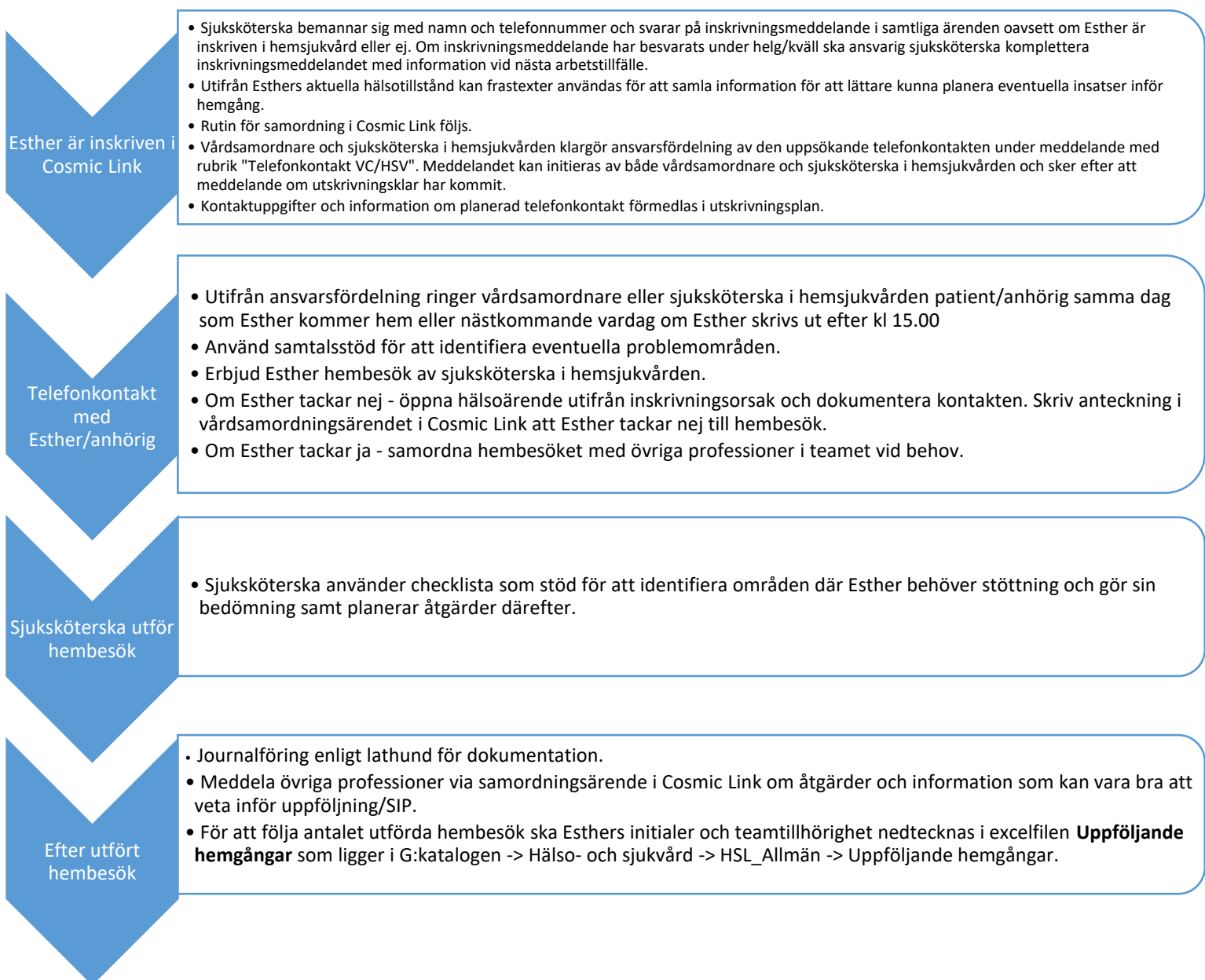
Telefonkontakt med Esther/anhörig

- Utifrån ansvarsfördelning ringer vårdsamordnare eller sjuksköterska i hemsjukvården patient/anhörig samma dag som Esther kommer hem eller nästkommande vardag om Esther skrivs ut efter kl 15.00
- Använd samtalsstöd för att identifiera eventuella problemområden.
- Erbjud Esther hembesök av sjuksköterska i hemsjukvården.
- Om Esther tackar nej till hembesök, skriv en anteckning om detta i vårdsamordningsärendet i Cosmic Link.
- Om Esther tackar ja till hembesök förmedlas detta genom telefonkontakt med sjuksköterska i hemsjukvården. Om besöket inte behöver göras samma dag förmedlas detta i Linkärendet.

Efter utfört hembesök

- Vårdsamordnare tar del av information om hembesöket från hemsjukvårdens sjuksköterska i samordningsärendet i Link inför eventuell SIP i hemmet.
- För att följa antalet överrapporterade hembesök ska Esthers initialer och teamtillhörighet i hemsjukvården nedtecknas i en excelfil som heter Uppföljande hemgångar.

Arbetsordning för sjuksköterska i hemsjukvården



Vår intention var att få till ett gemensamt samarbete med slutenvården och deras PREA 30-lista. Pierre Cherfan och Kim Olsson kontaktades och vi har haft ett digitalt möte för att försöka få till ett gemensamt tankesätt. Det har givits förslag på att deras patienter på PREA 30 och våra på PREA 60, ska kunna synas antingen i listen i Cosmic eller i LINK på något sätt. Det har dock varit svårt att få till. Här kan man säkert arbeta på förbättringar i framtiden. Vi har vänt oss till kommunen och sett över vårt arbetssätt. Det finns en bra kommunikation och utveckling sker ständigt.

På vår PREA-60 lista i november hade 87.5 % av patienterna en överenskommelse eller SIP.

Summering

Det är svårt att få fram statistik på om vi har kunnat minska återinläggningar genom att det finns en tydlig plan. Det finns inget system som kan räkna ut det. Det vore intressant om man i framtiden kunde arbeta på gemensamma system där förbättringar är lättare att göra.

Hade man kunnat visa vilka som har störst risk för återinläggningar, i Cosmic, hade man säkert kunnat arbeta mer proaktivt gemensamt både från slutenvården och primärvården.

Kommunikationen med kommunen har blivit bättre. I och med att vi har fått fram en tydlig rutinbeskrivning om uppföljning efter sjukhusvistelse, blir hemgången tryggare och risken för direkt återinläggning borde minska.

Vi har nått vårt mål att 85 % av våra patienter skulle ha en överenskommelse eller SIP inom 3 månader. Procenten har växlat under året eftersom personerna på listorna varierar från månad till månad, men det har hela tiden varit en hög siffra. Det är ett ständigt arbete eftersom det snabbt kan förändras, därför är det viktigt med bra rutiner, vilket vi har fått fram.

Under året har även våra överenskommelser blivit tydligare. De står nu inte längre i löpande text utan under respektive sökord.

Efter att ha sammanfattat de uppföljande samtalen, ser vi att de flesta har en bra och tydlig överenskommelse men att vi kan fortsätta att arbeta med att få det ännu tydligare på respektive sökord. Det underlättar både för personen som söker vård och för oss i vården, när vi ska bedöma och prioritera vården till rätt utövare och vårdnivå.

Team

Huvudansvariga för arbetet har varit vårdsamordnare Elin Akkanen och Josefina Lind samt sekreterare Eva Blomberg.

Jane Broling Danielsson
Verksamhetschef
Bra Liv Landsbro vårdcentral