

Datum: 2024-11-25

Ansvarig: Benjamin Enell, sjukgymnast, Eva Svensson arbetsterapeut, Rohieh Baines, vårdsamordnare

Verksamhet: Bra Liv Öxnehaga vårdcentral

Förbättringsområde:

Förbättrade rutiner för arbetet med patienter som har predicerat ökat vårdbehov

Bakgrund

Vården och samhället står inför många utmaningar som bland annat drivs på av en åldrande befolkning med allt fler kroniska sjukdomar. För att möta dessa krav sker det utifrån en överenskommelse mellan staten och SKR en omställning till "Nära vård" som syftar till att skapa en mer personcentrerad vård med samverkan mellan olika vårdnivåer och delaktiga patienter.¹

SKR:s målbild för Nära vård beskriver bland annat att vården ska vara proaktiv, förebyggande och hälsofrämjande.²

Under 2024 sker det i regionen en extra satsning på Nära vård för de mest sjuka där vårdcentralerna uppmanas att arbeta proaktivt med de patienter som löper risk för ett ökat vårdbehov till exempel genom sjukhusinläggning.

Om vi har god kunskap om vilka av våra patienter som riskerar att försämrats i sin sjukdom och behöva ökad vård samt ser till att det finns en tydlig plan för dessa tror vi att vi kan minska risken för att patienten blir inlagd och skapa en bättre upplevd hälsa för dessa patienter.

Vårdcentralens vårdsamordnare har i viss mån använt sig av prea60 listan redan tidigare. Vi vill nu i årets förbättringsarbete fokusera på att förbättra arbetssättet för att mer systematiskt kunna hjälpa de patienter som tillhör denna målgrupp.

Under pandemin lärde vi oss att arbeta utifrån prediktionslistor och såg nyttan för patienterna när vi kunde förebygga försämring i sjukdomsförloppet eller behov av ineliggande vård. Vi vill nu ta med dessa lärdomar i det framtida arbetet med denna målgrupp.



Övergripande mål

Huvudmål

Under 2024 skapa en bättre rutin och en inkludering av patienternas åsikter i vårt arbete med personer som är predicerade för ökat vårdbehov

Delmål

För att avgöra om vi uppnått huvudmålet planerar vi att mäta följande delmål:

1. Vid mätning i november ha ökat andelen patienter på prea60 listan med aktuell planering jämfört med mätningarna i januari.
2. Vid mätning i november ha större andel patienter på prea60 listan med patientkontrakt/SIP än regionssnittet.
3. Minst 75 % av patienterna vi haft kontakt med under perioden 2024-03—2024-11 ska vara nöjda med den kontakt de har med oss
4. Minst 75 % av patienterna vi haft kontakt med under perioden 2024-03—2024-11 ska vara nöjda med graden av delaktighet

Vi väljer att inte skriva fler delmål i nuläget eftersom vår plan är att följa upp arbetet flera gånger under året och de lärdomar vi drar under arbetets gång kommer att få styra det fortsatta arbetet.

Nuläge

En dag i veckan har en läkare avsatt tid för hembesök. Dessa besök bokas av vårdsamordnaren. Ofta görs ett gemensamt besök av både läkaren och vårdsamordnaren och vid behov är kommunen inkopplad och det görs en samordnad individuell plan (SIP). Patienter som efter bedömning erbjuds ett hembesök är patienter som kommer på remiss från sjukhuset med behov av uppföljning i hemmet, patienter som vårdcentralens personal bedömer behöver ett hembesök samt personer från prea60 listan.

Vi gör många samordnade individuella planer i förhållande till antalet listade patienter. 2023-12-31 hade 1,3 % av våra listade patienter en samordnad individuell plan de senaste 18 månaderna. Snittet i länet låg på 0,4 % för samma tidsperiod.

Varje till varannan vecka skriver en av vårdadministratörerna ut prea60 listan vilket är en prediktionslista för ökat vårdbehov inom den närmaste tiden. Vårdsamordnaren får denna lista och ser över om patienterna är kända på vårdcentralen eller inte. Hon kontrollerar även om de haft en vårdkontakt nyligen och om det finns en planering utifrån den kontakten. Vid behov bokar hon in tid för patienten. Kontakten kan ske via telefon, besök på vårdcentralen eller i hemmet.

Datum	Antal patienter på prea60	Andel med patientkontrakt/SIP	Regionssnitt andel med patientkontrakt/SIP
24-01-03	36	58,3 %	63,1 %
24-01-19	34	64,7 %	67,0 %

Tabell 1: Andelen patienter på prea60-listan med patientkontrakt/SIP i primärvården jämfört med regionssnittet.

Prioriterade förändringar som ska testas

För att få till en förbättrad rutin kommer vi att fortsätta analysera vårt nuvarande arbetssätt för att identifiera förbättringsområden. Inledningsvis kommer vi försöka hitta förbättringar inom följande områden:

- Struktur – hur ska vi lägga upp arbetet med prea60 listan
- Samverkan – vilka behöver vi samarbeta med och hur
- Patientnöjdhet – hur utvärderar vi patientnöjdhet och delaktighet

Vi ser redan nu att analysen av prea60 listan kan bli mer systematisk. Vi kommer att ta fram en manual för hur vi ska analysera prea60 listan och hur arbetet med målgruppen ska läggas upp. Manualen syftar till att underlätta för vårdsamordnaren i hennes arbete men också till att ge bättre förutsättningar för kollegorna vid vårdsamordnarens frånvaro.

Manualen kommer att användas under våren och i april görs en uppföljning och eventuell revidering av den.

Av erfarenhet vet vi att det varierar vilka samarbetspartners som behöver kallas till ett SIP möte. Det beror till exempel på om patienten bor hemma, har hemsjukvård eller inte. Vi behöver ha detta i åtanke så att manualen kan anpassas utifrån det.

För att förbättra patienternas delaktighet planerar vi i ett första steg att efterfråga deras syn på hur delaktiga de varit samt om de är nöjda med kontakten. Vi kommer även att efterfråga om de har förslag på hur vi kan förbättra vårt arbetssätt, framförallt i de fall de inte är nöjda.

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

Huvudmålsättningen med förbättringsarbetet, att under 2024 skapa en bättre rutin och en inkludering av patienternas åsikter i vårt arbete med personer som är predicerade för ökat vårdbehov, har delvis uppnåtts.

Vi har tagit fram en ny rutin för arbetet med patienterna på prea60-listan och skapat en manual för att förenkla arbetet.

Den nya rutinen har bidragit till att vi tydligt förbättrat vårt resultat jämfört med baslinjemätningen. Delmål 1 och 2 har uppnåtts då vi ökat andelen patienter med aktuell planering jämfört med baslinjemätningen samtidigt som vi gått om regionssnittet. Frånvaro ledde till att tillfälliga ersättare fick ta över arbetet med prea60-listan under hösten. Vid avstämning om hur manualen fungerat framgick det att denna inte följts, vilket även



framgår i statistiken. När manualen på nytt började användas förbättrades även statistiken. Av detta har vi lärt oss att vi behöver förankra rutinen hos fler än ordinarie personal. Då vi i närtid kommer att få en ny kollega är det av största vikt att hen får information om de framtagna rutinerna.

Datum	Andel med patientkontrakt/SIP	Regionssnitt andel med patientkontrakt/SIP
24-01-03	58,3 %	63,1 %
24-01-19	64,7 %	67,0 %
24-08-26	76,7 %	67,2 %
24-09-10	76,7 %	68,8 %
24-10-01	66,7 %	72,2 %
24-10-28	90,0 %	77,8 %
24-11-13	90,0 %	79,6 %

Tabell 2: Andelen patienter på prea60-listan med patientkontrakt/SIP i primärvården jämfört med regionssnittet.

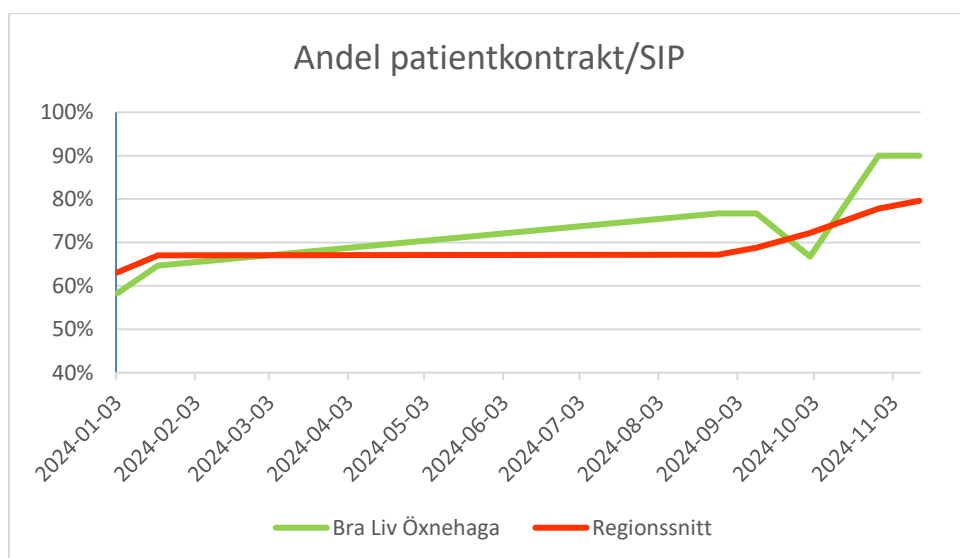


Diagram 1: Andelen patienter på prea60-listan med patientkontrakt/SIP i primärvården jämfört med regionssnittet.

Delmål 3 och 4 riktade sig till att undersöka patienternas synpunkter på kontakten. Det gjordes genom att tillfråga dem om de kände sig nöjda med kontakten samt nöjda med graden av delaktighet som de haft vid upprättande av planering/patientkontrakt.

För att kunna utvärdera detta beskriver den sista delen av manualen om prea60-listan hur vårdsamordnaren ska fråga och dokumentera svaret (Bilaga 1).



Vid den första uppföljningen uppdagades att manualen inte följts. Efter revidering började vi mäta i maj istället för mars.

Trots revideringen så följdes inte den här delen av manualen så som det var tänkt. Det finns en osäkerhet kring hur många patienter som tillfrågats om nöjdhet och delaktighet. Då det i majoriteten av journalanteckningarna inte framgår om de fått frågorna eller inte är det svårt att dra några slutsatser gällande nöjdhet med kontakten och delaktigheten. Av de som tillfrågats och där det dokumenterats i journalen är alla nöjda med kontakten.

Av 34 granskade kontakter framgår det att 10 är nöjda med kontakten. I ingen av journalerna framgår det om de är nöjda med graden av delaktighet. I ingen kontakt framgår det att patienten är missnöjd med varken kontakten eller graden av delaktighet. I 24 kontakter finns ingen information om nöjdhet med kontakten eller graden av delaktighet.

Under årets gång har vi valt att bredda arbetet för att inkludera fler av vårdsamordnarens arbetsuppgifter. Syftet med detta har varit underlätta och effektivisera arbetet och att säkerställa att arbetet ska ske på liknande sätt även när annan personal behöver täcka upp vid frånvaro. Vi bedömer även att detta kommer leda till ökad patientnytta då tydliga manualer och rutiner på detta område minskar risken för att någon arbetsuppgift missas eller att någon patient faller mellan stolarna.

Med detta i åtanke har vi börjat ta fram instruktion för arbetet med Link (Bilaga 3), Manual för SIP (Bilaga 4), Journalskrivning vid SIP möte (Bilaga 5) utöver Rutin prea60 lista (Bilaga 1). I det arbetet har vi utgått från det material som finns på intranätet och anpassat detta till rutiner för vår verksamhet. Det finns planer för att ta fram en övergripande manual för vårdsamordnarens arbetsuppgifter på vårdcentralen.

Genom att vi följer upp patienterna på prea60 listan oftare och mer regelbundet får vi god kännedom om dem och kan sätta in behandling tidigt vid behov. Vår förhoppning är att patienten inte ska behöva inläggande vård igen och att hen ska känna sig tryggare efter att ha haft kontakt med oss.

Vi står inför en personalförändring i arbetet som vårdsamordnare. Genom att vi nu utarbetat rutiner och manualer hoppas vi kunna underlätta för vår nya kollega och även fortsätta att hålla en god kontinuitet för våra patienter. Genom att använda allt material kan hen snabbare komma in i arbetet och istället ha fokus på patientkontakten.

Delmålen att patienterna ska känna sig delaktiga och nöjda med kontakten har varit svåra att följa upp då de inte dokumenterats så som det var tänkt. Vi ändrade vårt tillvägagångssätt under året men trots det blev det inte lättare att följa utvärderingarna efter de möten som ägt rum. Här behöver vi ändra arbetssätt eftersom det är viktigt att tillfråga patienterna (alternativt anhöriga) om deras synpunkter. Ett nytt tillvägagångssätt kommer att tas fram tillsammans med vår nya kollega under 2025.

Planen framöver är att vi ska revidera manualerna regelbundet och även ta fram nya rutiner vid behov. Detta kommer vi att göra tillsammans med vår nya kollega.

Summering

Vårt förbättringsarbete har fokuserat på vårdcentralens arbete med prea60 listan. Genom dialog med vårdsamordnare konkretiserades vår rutin och skrevs ned. Den nya rutinen (Bilaga1) ledde till att vi följde upp patienterna på prea60 listan oftare och mer regelbundet. Då fick vi god kännedom om dem och kunde tillsammans med patienten överenskomma om planer för vem som gör vad. Patienterna blev involverade genom att de skötte sin egenvård

och vårdcentralen erbjöd kontakt/besök vid behov. Syftet med detta var att undvika behov av inneliggande vård.

Efterhand såg vi behovet av att ta fram fler rutiner för att öka kontinuiteten i vårdsamordnarens arbete samt underlätta vid hennes frånvaro. Vi utgick från befintligt material på intranätet och anpassade det till rutiner och lathundar för vårdcentralen.

Resultatet av våra mätningar har förbättrats. Vi har uppnått målet att vid mätningen i november ha ökat andelen patienter på prea60 listan med aktuell planering jämfört med mätningarna i januari. Vi har vid mätningen i november en större andel patienter på prea60 listan med patientkontrakt/SIP än regionssnittet så även det målet är uppnått. Målen att mäta patienternas känsla av nöjdhet och delaktighet har vi inte kunnat utvärdera så som vi tänkt. De data vi fått in tyder på att patienter som tillfrågats är nöjda, men då vi inte kunnat utläsa svaret från tillräckligt många patienter är underlaget för litet för att vi ska kunna dra några säkra slutsatser.

Om någon annan ska göra ett arbete med liknande inriktning vill vi skicka med följande tankar som vi fått under arbetets gång. Det är viktigt att engagera mest berörd personal. Vi har också insett att informationen inte enbart ska förmedlas till den som är mest berörd utan även till kollegor som kan bli berörda exempelvis vid frånvaro. När rutiner för en uppgift på vårdcentralen är framtagna behöver de spridas till all personal.

Referenser

1. God och nära vård 2023 En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Bilaga till regeringsbeslut 20223-01-26 nr. II:3

2. SKR:s hemsida 2024-01-04:

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/omstallningtillnaravard.57446.html>

3. <https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/dokument/evo/360c42e9-f9af-4db4-918f-bee99014029f?pageId=109636?pageId%3d24841&blockId=24842?pageId=24841&blockId=344291>

Rutin för prea-60

1. Syfte

Systematiskt omhändertagande av patienter på prea60 listan (lista över patienter med hög sannolikhet av behov av sjukhusinläggning).

2. Omfattning

Instruktioner för vårdadministratör och vårdsamordnare.

3. Ansvar

Respektive yrkesgrupp ansvarar för sin del.

4. Genomförande

- ❖ Varje måndag skrivs en aktuell prea60 lista ut från Diver av vårdadministratör. Listan skrivs ut i 1 exemplar. Listan lämnas sedan till vårdsamordnaren.
 - Prea60 listan finns i Diver – Primärvård – Vårdkontakter – Särskild behörighet Prediktion – Inskrivning inom 60 dagar
- ❖ Vårdsamordnaren går igenom listan för att se om det finns någon patient som inte har något kontrakt med primärvården (0). De som har ett kontrakt sedan tidigare har en 1 på listan.
- ❖ Vårdsamordnaren använder Cosmic för att bilda sig en uppfattning om ifall det är en patient som är aktuell för primärvården. Gäller patienter med både 0 och 1.
- ❖ I de fall där behov finns kontaktar hon patienten för att bilda sig en uppfattning om patientens hälsa.
 - Vid samtalet upprättas ett kontrakt/överenskommelse, om detta redan finns revideras kontraktet vid behov.
 - Alternativt kan en besökstid på vårdcentralen eller en tid för hembesök bokas om patienten bedöms ha behov av det och då upprättas/revideras kontraktet i samband med besöket.
 - Vid behov kallar vårdsamordnare till en SIP. Då kan till exempel biståndshandläggare och hemsjukvård kallas.
- ❖ Efter att ett kontrakt upprättas ställer vårdsamordnaren följande frågor för att en uppföljning ska kunna göras gällande nöjdhet och patientens syn på sin delaktighet:
 - Känner du dig nöjd med dagens möte/kontakt?
 - Känner du att du fått vara så delaktig som du velat?
 - Om inte – hur hade vi kunnat göra det bättre?



Svaren journalförs under sökordet delmål i journalmallen för samordnad individuell plan. KVÅ koderna AW 013 – Upprättande av vårdplan respektive AW 016 – Uppföljning och revidering av vårdplan används.



Frågor till patient i samband med kontakt med vårdsamordnaren

Hur delaktig har du känt dig i mötet?

Mycket

Lite

Inte alls

Hur nöjd är du med kontakten med oss?

Mycket

Lite

Inte alls

Om du inte är nöjd hur hade vi kunnat göra det bättre?

Instruktion för Link

Alla patienter som kommer till sjukhus skrivs in i Link via sjukhuset.

1a. Öppna ärendet

b. Läs inskrivningsmeddelandet

c. Kolla upp till höger om behov av vårdsamordning är ”ja”.

(Ett tips kan vara att skriva ut patienthuvud och skriva inläggningsdatum och anledning)

2. Alla aktörer skriver svar på vilka kontakter och hjälp som patienten har idag.

3. Sjukhuset initierar samordning.

4. Vänta tills biståndshandläggaren kontaktat patienten och skrivit i Link vad hon beslutat.

(Om patienten vill gå hem och behöver hjälp – får den gå hem med hemteam. Om inte blir det korttidsboende alternativt hemgång med hjälp hen redan har via hemtjänsten.)

Hemteam tar inte palliativa patienter.

5. Biståndshandläggare bedömer och skriver beslut i Link.

a. Om patienten går hem med hemteam; Hemteamet har hand om patienten i 14 dagar.

Vårdsamordnare måste kalla till SIP dag 10. Vänta till biståndshandläggare meddelat vilket datum patienten går hem, räkna 10 dagar och kalla alla till SIP.

Kalla till SIP så här:

1. Öppna nytt meddelande

2. Välj generellt meddelande samordnad individuell plan

3. Fyll i datum och tid

4. Fysiskt möte

5. Kallas till mötet patient, anhörig, hemsjukvård, sjuksköterska rehab och
biståndshandläggare (beroende på patientens situation)

6. Skicka

7. Boka i tidbok i Cosmic

Vårdtjänst Samordnad individuell plan besök

Kontakttyp Alltid hembesök team oavsett om mötet är på sjukhuset, på korttids eller
hemma

Besökstyp Återbesök

Kallelsesätt Telefon (om du ringer patienten) eller brev



Bokningsinfo SIP på XX plats

Info till kassan SIP och vart den är

Fritext till vald kallelse Skriv varför vi ska komma till patienten

x Registrera ej betalinformation

Spara/Boka

Skriv ut kallelse och skicka efter att alla kallade svarat att de kan. Om inte boka en annan tid.

Om SIP ska göras på sjukhus

- Kalla i Link enligt ovan när du fått svar från alla att de kan delta.
- Kontrollera att personal på avdelningen meddelar patienten.
- Ring själv till anhörig och meddela om mötet.

(Bokas i Cosmic enligt punkt 7 ovan)

Om patienten ska till korttids

- Biståndshandläggare skriver beslut from - tom.
- Biståndshandläggare har kontinuerlig kontakt med patienten och korttids.
- Biståndshandläggare skriver i Link om beslutet ändras.
- Om patienten ska gå hem skriver biståndshandläggaren till vårdsamordnaren så att denne kan kalla till vårdsamordning på korttids. Kalla enligt punkt 1-7 ovan.
- Be personal på korttids meddela patienten om SIP mötet.
- Ring anhörig och meddela.

Mer information finns på:

Intranätet – Folkhälsa och sjukvård – Administration – Cosmic – Cosmics delar – Link – Cosmic Link, manual



Manual vid SIP-möte/prea60 möte

Patientens namn.....

Närvarande.....

.....

Anhörig.....

☐ Patienten samtycker till samordning

Hur bor pt

☐ lägenhet

☐ villa

☐ servicelägenhet

☐ annat

☐ ensam

☐ med maka/make/sambo/särbo

☐ barn..... som bor.....

.....

Patientens mående (pt berättar)

Anhörig berättar

Har patienten hjälpmedel just nu?

Apodos

☐ ja

☐ nej

Dosett



Tar patienten läkemedel själv? ☐ ja ☐ nej

Larm/trygghetslarm ☐ ja ☐ nej

Färdtjänst ☐ ja ☐ nej

Hemtjänstinsatser just nu

Ssk berättar: Hemsjukvårdsinsatser just nu?

Biståndshandläggare berättar:

Vad behöver hjälp med framöver?

Vem gör vad?

Biståndshandläggaren summerar:

Vårdsamordnare ger information om att en vårdplan med alla nödvändiga telefonnummer skickas till patienten.

Information om när vårdsamordnaren kommer att kontakta patienten

Lämna ditt namn och telefonnummer

Fråga om patienten är nöjd med mötet.

Har patienten fått möjlighet att säga det hen vill?

Hur kunde vi ha gjort det bättre?

Hur ska uppföljning ske?

- ☐ Telefonkontakt Datum..... Ansvarig.....
Kontakta
- ☐ Nytt möte Datum..... Ansvarig.....
Deltagare

Journalförs i journalmall "*Samordnad individuell plan*"

Vårdsamordnare ska använda någon av dessa *KVÅ koder* vid dokumentationen

AW 013 – Upprättande av vårdplan respektive (prea60)

AW 016 – Uppföljning och revidering av vårdplan (prea60)

AU 124 SIP hemma

AU 125 SIP sjukhus/ eller korttids.

AW010 Uppföljning SIP

Mall för journalföring efter SIP-möte

- Välj patient i Cosmic

- Välj ny anteckning – välj sökord ”lägg till fler alternativ” – Sök fram SIP-samordnad individuell plan

- I de fall vi fått ärendet via Link kommer sökordet upp automatiskt

SIP -möte	
Samordnad individuell plan.	Det här är en plan som samlar identifierade behov, insatser och kontaktpersoner på ett ställe. Planeringen ska blicka framåt med syfte att främja delaktighet och trygghet med de insatser som planeras.
Samtycke lämnat av	☐ Den enskilde ☐ Anhörig ☐ Annan.....
Samtycket avser	
Närvarande	☐ Vården..... ☐ Socialtjänsten..... ☐ Hemsjukvården.....
Kontaktplats	



Sökorsak	
Hälsoupplevelse	
Resurser	
Problem	
Övergripande mål	
Delmål	
Åtgärd	
Ansvarig	
Delmål	
Åtgärd	
Ansvarig	
Delmål	
Åtgärd	



Ansvarig	
Delmål	
Åtgärd	
Ansvarig	
Delmål	
Åtgärd	
Ansvarig	
Uppföljning	
Fast läkarkontakt	
Kontaktuppgifter	
Fast vårdkontakt	
Kontaktuppgifter	
Fast vårdkontakt med samordningsansvar	
Kontaktuppgifter	
Kontaktuppgifter övriga	
Diagnos/åtgärd	