

Datum: 2024-11-29

Ansvarig: Katarina Wik Söderström, Cajsa Svenler

Verksamhet/process: Bra liv Tranås vårdcentral.

Förbättringsområde: Tranåsmodell för bättre samverkan/ omhändertagande av multisjuka patienter med risk för ökat vårdbehov.

Bakgrund

Vi vet att ett personcentrerat arbetssätt förebygger lidande för patienten och onödig sjukvård. Vi ser ett behov av att förbättra samverkan och samordning inom primärvården i Tranås (vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård) för multisjuka patienter med hög risk för ökat vårdbehov. Vi jobbar redan med patientgruppen men ser att vi behöver jobba mer systematiskt och strukturerat. Dels för att vara mer proaktiva, dels för att få våra resurser att räcka till. Vi vill även få patient och anhöriga mer delaktiga i patientens vård. På vårdcentralen har vi tillgång till prediktionslistor (PREA-60), men i nuläget har vi inget strukturerat arbetssätt med dem.

Att vi väljer att börja arbeta med dessa förbättringar nu beror på flera faktorer. Nu finns det mer riktlinjer kring hur vi ska jobba med överenskommelse, samordnad individuell plan och rehabiliteringsplaner. I den nationella kunskapsstyrningen pågår arbete med utveckling och förbättring av vårdförlopp, speciellt för våra patienter med kroniska diagnoser. Många av de multisjuka patienter vi träffar berörs av dessa vårdförlopp. Vi är i ett läge med en allt äldre befolkning och vi är färre som kan ta hand om dem, det innebär att vi behöver hitta smartare arbetssätt för att kunna bedriva en nära vård.

Under pandemin arbetade vi mycket förebyggande med våra multisjuka patienter, bland annat utifrån vår PREA-60 lista. Vi önskar att kunna arbeta proaktivt på nytt genom att jobba på ett strukturerat sätt med listan igen.

Vi tror att vi som vårdpersonal behöver ökad kunskap i personcentrerat arbetssätt och ökad medvetenheten för att bättre kunna fånga denna patientgrupp i ett tidigare skeende.

Övergripande mål

Vi vill skapa en Tranåsmodell med ett personcentrerat arbetssätt för multisjuka patienter med risk för ökat vårdbehov. Vi vill att alla riskpatienter ska ha en plan där patient eller anhöriga är delaktiga. Det kan vara en rehabiliteringsplan, en patientöverenskommelse eller en samordnad individuell plan.

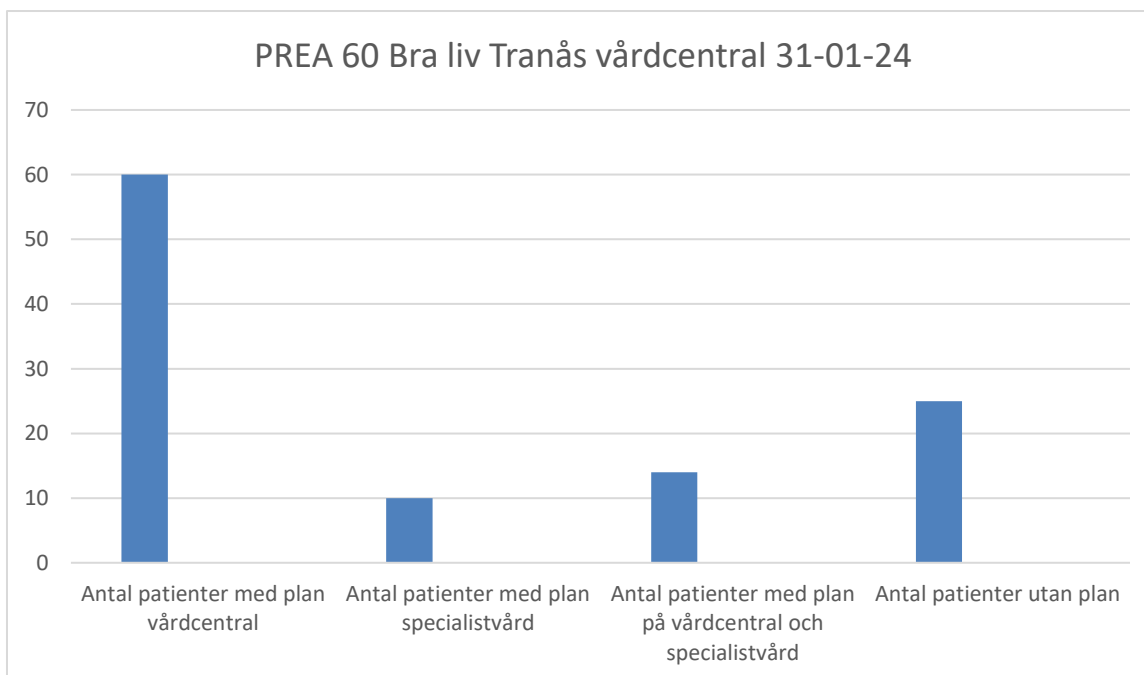
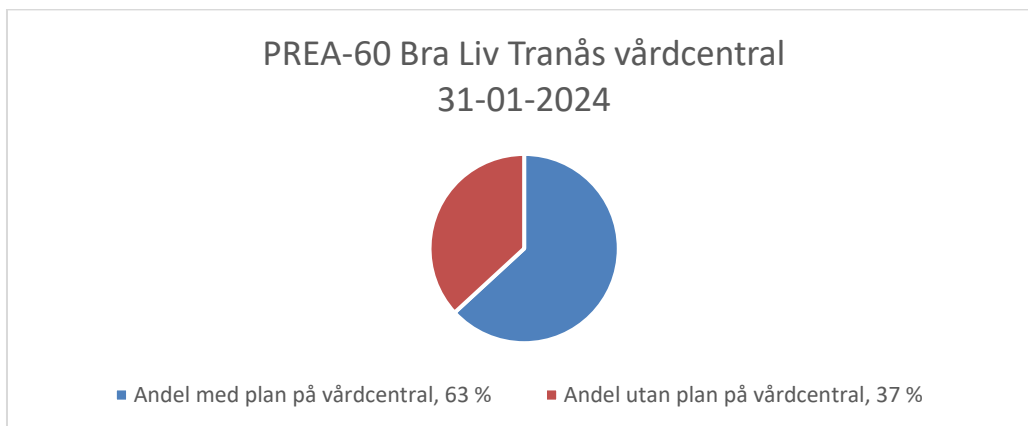
Målet är att 80 % av patienterna som finns på PREA-60 listan ska ha en plan inom 4 veckor från att patienten kommer in på listan.

Vi vill öka kunskapsläget omkring ett personcentrerat arbetssätt på vårdcentralen

Vi vill öka samverkan mellan vårdcentral och kommunal hälso- sjukvård

Nuläge

I nuläget har vi inget systematiskt arbetssätt för att jobba med denna patientgrupp på vårdcentralen. Många av patienterna har planer, men de är sällan utförda i samverkan med andra vårdgivare eller patienten själv. Vi har i nuläget ingen tydlig struktur för hur vi ska samverka för att få till gemensamma planer med övriga vårdgivare, så som vårdcentral, kommunal hälso- och sjukvård och specialistvård. Vi vet i dagsläget inte hur medarbetare upplever att samverkan fungerar. Vi behöver bli bättre på att få patient och anhöriga mer delaktiga i planen samt involverade i sin vård. Vi har i nuläget inte något systematiskt arbetssätt för att jobba med vår PREA-60 lista.

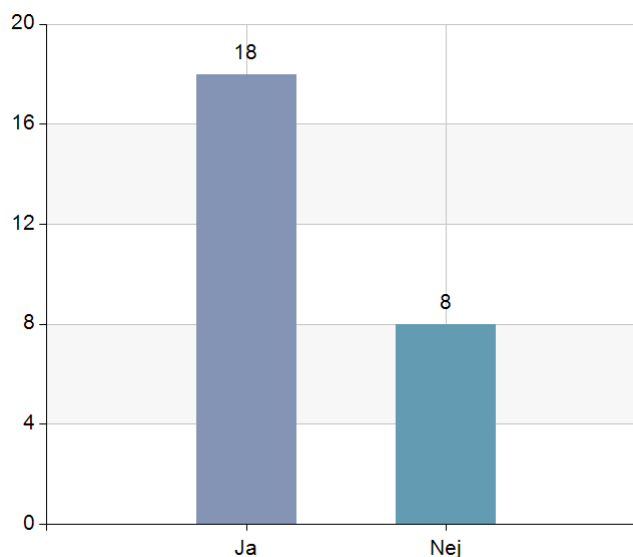


Vi tror att kunskapsläget avseende personcentrerat arbetssätt kan förbättras på vårdcentralen. Alla vårdgivare behöver bli bättre på att identifiera riskpatienter. Dels för att underlätta för steget före, men även för steget efter. För att se hur kunskapsläget på vårdcentralen är skickade vi ut en enkät med två frågeställningar till alla medarbetare på Bra liv Tranås vårdcentral. Se bifogat dokument 1.

Personcentrerat arbetssätt- enkät 2024-02

Vet du vad ett personcentrerat arbetssätt är?

Namn	Antal	%
Ja	18	69,2
Nej	8	30,8
Total	26	100



Svarsfrekvens

100% (26/26)

Vi vill öka samverkan mellan vårdcentral och kommunal hälso- sjukvård

- Hur ser samverkan ut idag? Hur upplever medarbetarna att vår samverkan fungerar?

Analys av nuläget

- Det finns inget strukturerat arbetssätt för hur vi internt på vårdcentralen jobbar med vår PREA-60 lista.
- Vi har inte något systematiskt arbetssätt för hur vi jobbar teambaserat tillsammans med patienten/anhöriga och kommunal hälso- och sjukvård. Vår förhoppning är att ett strukturerat arbetssätt hjälper oss att arbeta mer proaktivt, men också göra patienten själv mer delaktig i sin vård. I förlängningen bör vi då även kunna arbeta mer effektivt med våra resurser.
- Utifrån enkäten som skickades ut till alla medarbetarna på vårdcentralen ser vi att ett behov av att vidareutbilda personalen kring ett personcentrerat arbetssätt. I enkäten beskriver många ett holistiskt arbetssätt men man använder inte orden plan, samverkan eller egenvård. Vi tror att då man inte har förståelse för vikten av dessa tre delar så bidrar det till att man jobbar i sina egna stuprör utifrån sin profession. Vi tror att ökad kunskap ger ökad individuell anpassning och samverkan utifrån patientens problematik, samt att vi kan fånga patienterna tidigare.
- Vi planerar att ha en workshop med personal från vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård för att identifiera var GAP och problem i vår samverkan finns.

Lista prioriterade förändringar som ska testas

- Team för att systematiskt bevaka vår PREA-60 listan.
- Vi vill kategorisera PREA-60 listan för att tydliggöra vem som gör vad.
- Utifrån vad som framkommer i GAP-analyser skapa samverkans forum både internt på vårdcentralen, samt med kommunal hälso- och sjukvård.
- Vi behöver förbättra kunskapsnivån om personcentrerat arbetssätt hos personal på vårdcentralen.

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

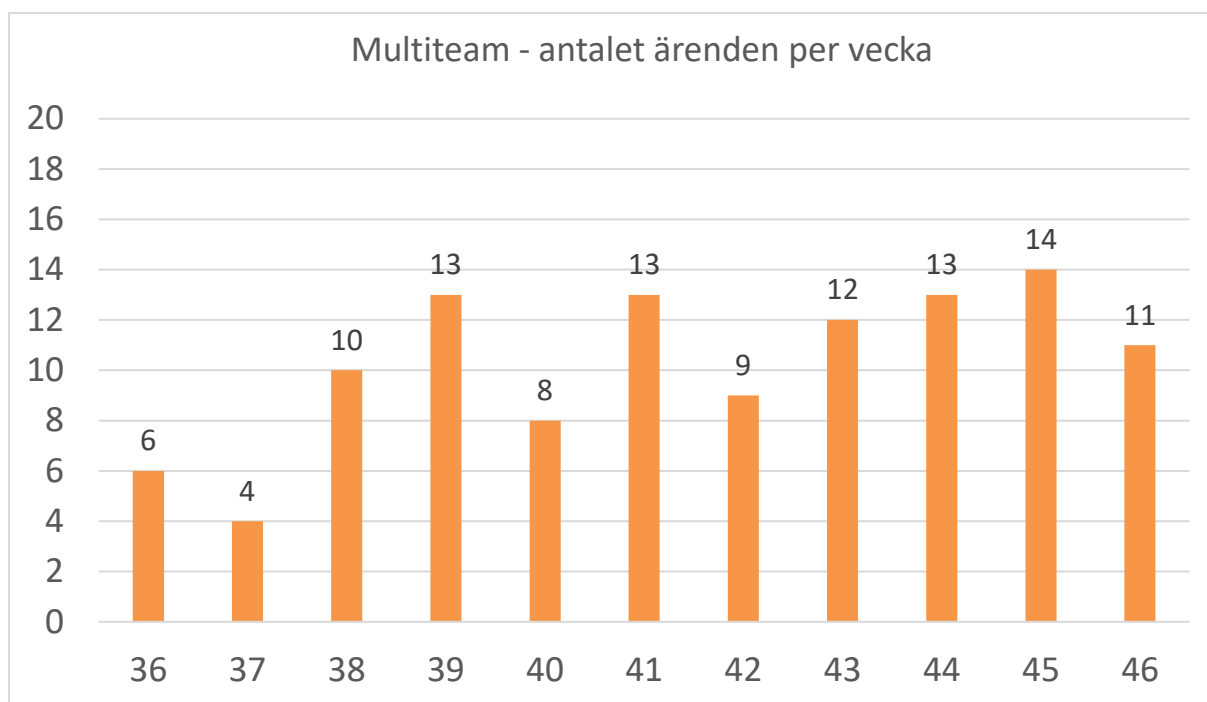
I samverkan med personal från kommunal hälso- och sjukvård har vi påbörjat ett förbättringsarbete med fokus på multisjuka patienter. Vi började med en fiskbensanalys där vi identifierade våra gemensamma problemområden. Vi såg problem i den palliativa processen samt i kommunikationen kring våra gemensamma patienter. Utifrån detta beslutade vi oss för att ha två workshops för att kunna ytterligare identifiera förbättringsområden.

I mars 2024 hade vi en gemensam workshop avseende multisjuka patienter och i april en avseende palliativa processen med kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänst samt personal från vårdcentralen.

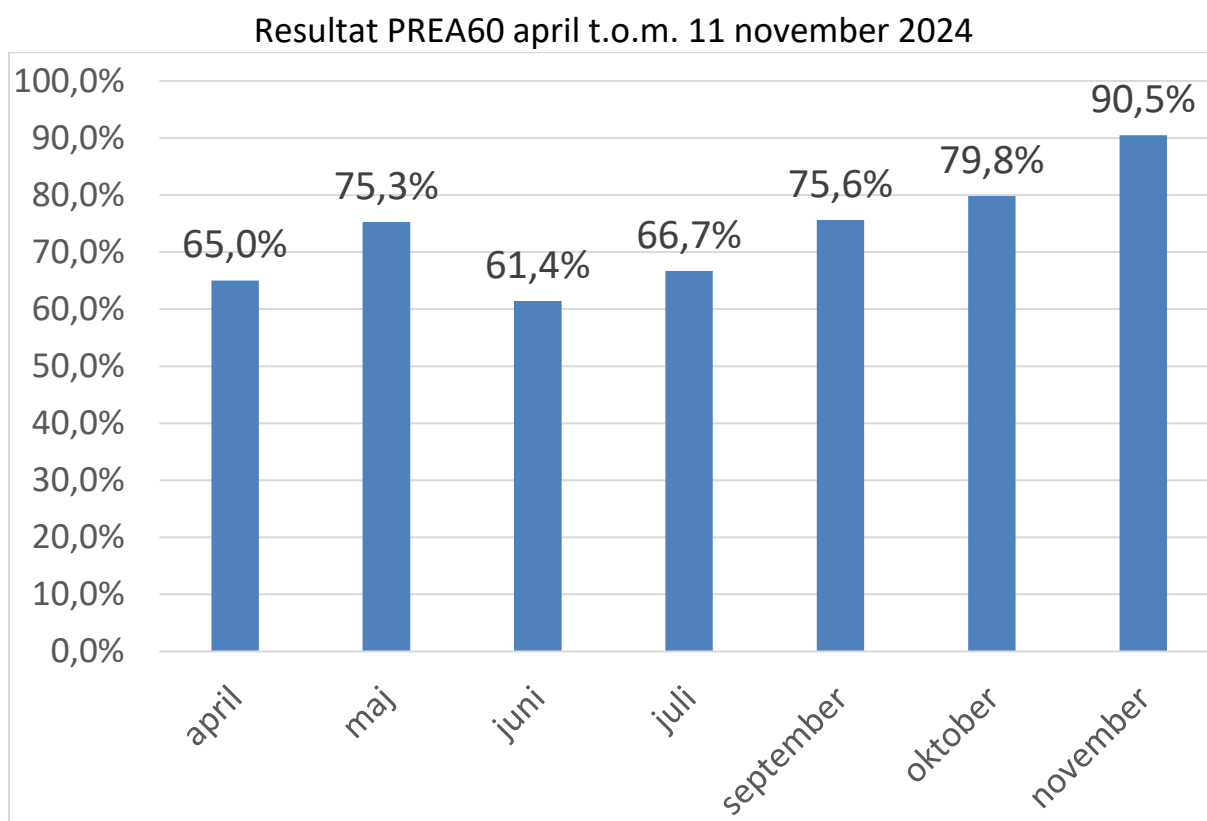
I workshopen för multisjuka patienter utgick vi ifrån ett personcentrerat arbetssätt med tre dimensioner: samverkan, patientberättelse/egenvård och dokumentation/plan. Vi gjorde en situationskarta över de tre dimensionerna: vad fungerar, vad fungerar delvis och vad fungerar inte? Utifrån detta tog vi fram prioriterade områden att jobba med: Samverkan/gemensam plan, proaktivt arbete (PREA60), kommunikationsvägar, LINK, kompetens/roller och förtydligande av våra processer. Vi beslutade oss för att börja jobba i team. I teamet kan vi samverka och lägga en gemensam plan, vi får bättre kommunikationsvägar och de olika kompetenserna/rollerna blir tydligare.

I workshopen för den palliativa processen gjorde vi en gap-analys utifrån PSVF Palliativa processen. Där identifierade vi framför allt problem med att få till en gemensam plan mellan vårdcentral och hemsjukvård. Vi behöver bli tydligare i själva planen, men också identifiera dessa patienter tidigare innan det blir akut. Här ser vi också problem i samverkan med specialistvården och deras plan framåt. Men vårt fokus just nu är att förbättra samverkan mellan hemsjukvården i kommunen och vårdcentralen.

Under våren startade vi upp ett pilotprojekt med teamträffar (Multiteam) en gång i veckan tillsammans med kommunal hälso- och sjukvård, rehabilitering och biståndshandläggare under sex veckors tid. Målgruppen för teamet var patienter som vi behöver samverka kring. Se bilaga 2. Vid utvärdering av teamet uppger deltagarna att dubbelarbetet har minskat, det är minskat antal telefonsamtal och att det blir en tydligare plan för patienten. Teamet implementeras i ordinarie verksamhet från 28 augusti 2024. Vi sätter riktlinjer för teamet, var god, se bilaga 2.



Vi har startat ett team på vårdcentralen som systematiskt bevakar PREA60 listan. I vårt arbete med PREA60 listan så gjordes en förändring av patientunderlaget till listan i juni 2024. I samband med det ökade antalet patienter på listan som även är kopplade till hemsjukvården. Vi har valt att ha samma personer i Multiteam som i PREA60 teamet då det är många patienter med behov av samverkan på vår PREA60 lista.

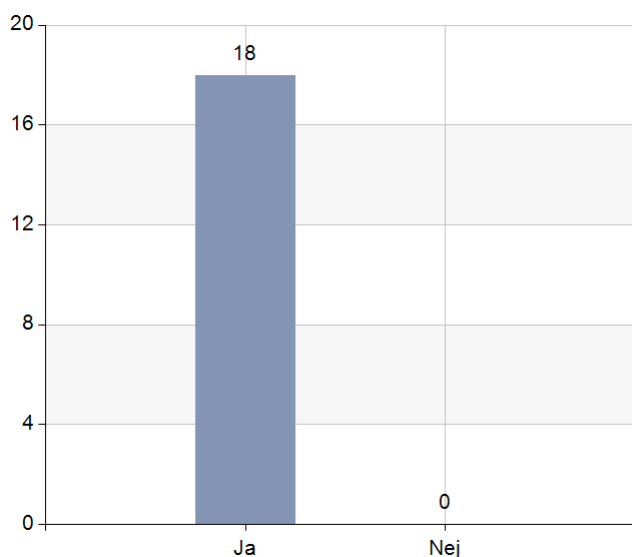


Vi har på vårdcentralen haft utvecklingsdag med all personal för att öka kunskapen kring ett personcentrerat arbetssätt ,se bilaga1.

Personcentrerat arbetssätt uppföljning 2024-11-12

Vet du vad ett personcentrerat arbetssätt är?

Namn	Antal	%
Ja	18	100
Nej	0	0
Total	18	100



Svarsfrekvens
100% (18/18)

Summering

Genom Multiteamet har vi fått en bättre samverkan med kommunal hälso- och sjukvård samt biståndshandläggare. Via teamet kan vi på vårdcentralen lyfta patienter från vår PREA60 lista för att få en gemensam plan. Vi ser att fler patienter har planer nu när vi följer vår PREA60 lista. Nästa steg är att förbättra innehållet i våra planer. Tydliggöra vad som är nästa steg och vem som är ansvarig för det oavsett om det är patient eller vårdpersonal.

Till en början hade vi en tanke om att ha med en läkarrepresentant i teamet. Idag ser vi inget behov av det då det sällan är medicinska frågor som lyfts. I nuvarande arbetsform lyfts medicinska frågor med patientansvarig läkare efter teamet.

Vår förhoppning är att via Multiteamet kunna fånga patienter i ett tidigare skede t.ex. när det gäller nutrition, fallrisk, medicinhantering m.m. Vi tror att en framgångsfaktor är att vi har med våra biståndshandläggare i teamet som har kontakt med hemtjänsten och då tidigt kan signalera när det börjar svikta i hemmet. Vi tror att ett mer strukturerat proaktivt arbetssätt tillsammans med kommunal hälso- och sjukvård samt biståndshandläggare kan minska risken för återinläggningar. Vi tänker att det kan mätas genom minskat antal patienter på vår PREA60 lista.

Initialt hade vi en tanke om att kunna kategorisera patienterna i PREA60 listan men med den omstrukturering som skedde av listan i juni så är det en bättre struktur. Tidigare var till exempel patienter på särskilt boende med. Som det är nu behöver vi inte kategorisera listan mer för att kunna arbeta med den effektivt.

Vi ser att vi behöver jobba vidare med den palliativa processen. Vår GAP-analys visar bland annat att vi fångar patienterna för sent. Vi planerar en gemensam utbildning i SPICT samt att vi tar fram en gemensam check-lista. Vår förhoppning är att vi även genom Multiteamet kan fånga dessa patienter i ett tidigare skede för att få en bra plan framåt.

Vi har inte haft med någon patientrepresentant i vare sig den palliativa processen eller Multiteamet hittills. Vi ville först hitta en bra kommunikationsväg mellan kommun och vårdcentral. Framöver vill vi fånga patientperspektivet i såväl den palliativa processen som i Multiteamet.

Vi planerar framöver för att ha en gemensam workshop med kommunal Hälso- och sjukvård för att jobba vidare med vår gemensamma värdegrund och det personcentrerade arbetssättet. Vår förhoppning är att kunna ha det under 2025.

I framtiden ser vi ett ökat behov av samverkan kring patienter med psykisk ohälsa. I dagsläget finns det ingen kurator/psykolog i hemsjukvården. Efter "Kom Hem – reformen" fördes inga resurser över för kurator/psykolog. Hur kan vi hjälpa de patienter med psykisk ohälsa som inte klarar av att komma till vårdcentralen? Finns det behov av kurator/psykolog även inom hemsjukvården?

Framöver hoppas vi på att kunna arbeta med Dashboard tillsammans med hemsjukvården för att kunna identifiera vilka patienter som vi behöver samverka kring och hur vi tillsammans kan lägga en plan framåt för en så god vård som möjligt och förebygga onödiga återinläggningar/besök på akuten.

Dokument 1

Personcentrerat arbetssätt- enkät 2024-02

Fråga 2. Ge ett exempel på vad ett personcentrerat arbetssätt är.

Detta är en test. /ACL
Insatser och åtgärder utifrån individens behov.
Man ser och utgår från hela människan
Patientens behov och medverkan sätts i första rummet. Man gör en holistisk och bred vård. Med pats medverkan i rimligaste mån
Att utifrån patientens situation, förmåga, bakgrund, stöd, sätta konkreta, upp når bara mål som patienten är informerad och delaktig i.
Personcentrering innebär att utgå från den unika personens förmågor, behov och förutsättningar i alla delar av vård- och omsorgsprocess. Det gäller både innan, under, mellan och efter ett vårdmöte eller kontakt.
Man ser till personens individuella behov som är specifikt för den personen. Man får anpassa vården för att det på bästa sätt ska passa individen. Man ser till patientens förutsättningar, styrkor och svagheter och ta hänsyn till dessa.
Den vård som ges utifrån en patientbehov i hemmet.
Man utgår från individen och individens behov - man utgår inte från systemet. Patienten ska vara och uppleva sig delaktig och medbestämmande.
Utgå ifrån vad just den personen behöver för stöd och hjälp. Ska finnas en plan. Det också viktigt med samarbete mellan olika aktörer inom vårdcentralen ,men också med andra aktörer som HSV, kommunens rehab, psykiatri m.m
Man utformar åtgärder som bygger på/grundar sig i varje enskilds individ specifika behov.
Att man från sjukhusets sida lär sig när en patient är färdigbehandlad och att bistånd förstår rent medicinskt när en patient behöver korttidsplats och är för sjuk för HSV. Esther hette hon visst för 20 år sedan oxå....inte mycket har hänt...var inte det personcentrerat tro? Eller ämnat för någon annan person i en annan tid i ett annat liv... sug på den:-) Filosofi på hög nivå..

Mvh Nietzsche

Att lyssna aktivt och behandla personen med respekt.

Att utgå ifrån personens egna förutsättningar och behov i de olika delarna av vårdprocessen.

Kontinuitet

Individens delaktighet och relationsbaserat samarbete mellan patient och personal

Att se hela patientens behov samt att låta den vara delaktig.

Jag tänker att man har patienten i centrum som alltid

Ser till personens bästa, enklaste och smidigaste vägen för patienten,.

Kontinuitet ?

Dokument 2

Personcentrerat arbetssätt uppföljning 2024-11-12

Fråga 2. Ge ett exempel på vad ett personcentrerat arbetssätt är.

:-) Floskler om Esthers bättre omhändertagande mående...jag vet...vi öppnar upp ytterligare en digital kanal in så vi kan bedöma blåsor på tår som har försvunnit till dagen efter...och på så sätt skapa utrymme för den arma lilla Esther.

Patientens behov i centrum

Rätt insats av rätt profession

Kontinuitet i vården

Man utgår från personen för att försöka nå målen. Ex. svårt att hitta tid för att röra sig, åker bil till jobbet och har dålig ekonomi så man kan heller inte gå på någon aktivitet. Förslag: gå till jobbet, får på så vis fysisk aktivitet, sparar pengar - bättre ekonomi.

Kontinuitet för patienten.

Samordnar besök på vårdcentralen så att patienten inte ska behöva åka hit flera gånger.

Sätta personen i centrum och inte sjukdomen

Det är då vi som vårdpersonal sätter patienten i fokus i samband med behandling. Ta hänsyn till patientens förmågor och behov för att på så vis bygga en god relation.

Att patienten får den vård den har behov av.

Utformad vård efter patientens behov

Åtgärder utifrån individens specifika behov och situation och inte samma åtgärder och behandling för alla.

Att jobba utifrån individens behov och mål utifrån verksamhetens uppdrag och muskler.

När man utgår ifrån riktlinjer, men ändå individanpassar insatser/behandling efter patients behov.

Se patienten utifrån hela hen och inte endast de problem som patienten träffar just dig för.

Där man ser till patientens möjligheter, behov och hur mycket vi behöver stödja i vård och behandling.

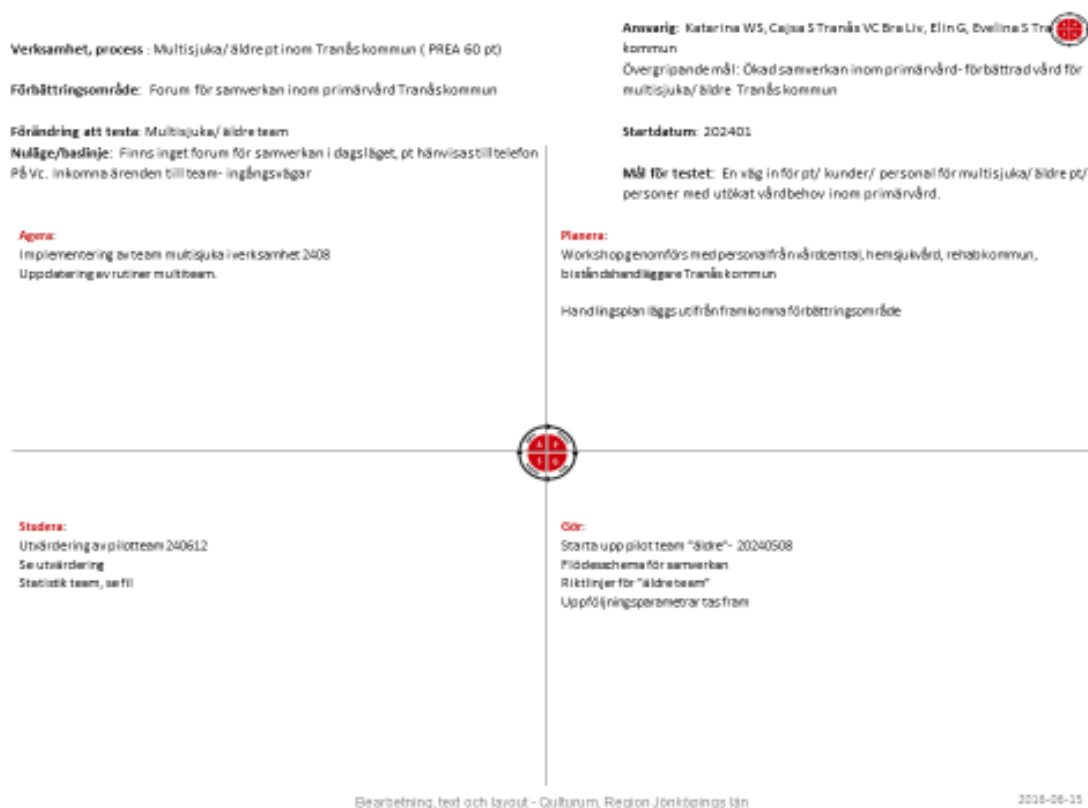
Göra patienten delaktig i sin vård. Att patienten utför det som den kan och sjukvården stöttar i övrigt. Har en plan framåt. Att vi som vårdpersonal tänker steget före och efter i kontakten med patienten.

Tar hänsyn till patientens medicinska och icke medicinska bakgrund/situation och försöker skapa en relation.

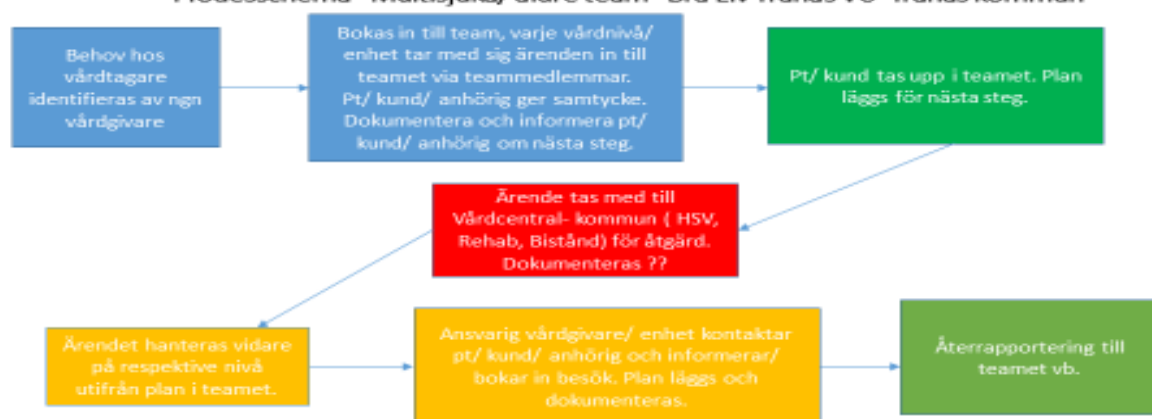
Att arbeta med patienten i centrum med det som är viktigt för just denna pat.

Att lyssna in patienten vad hens behov och önskemål kring vården är

Bilaga 2



Flödesschema "Multisjuka/ äldre team" Bra Liv Tranås VC- Tranås kommun



Riktlinjer/ Patientadministration – "Multisjuka/ Äldre team" Bra Liv Tranås VC- Tranås Kommun (HSV, Rehab, bistånd)

- Teamet är ett fast team med representant från VC, kommun. Vårdsamordnare, Sköterska (VC, HSV), Rehab (VC, Tranås kommun), Biståndshandläggare. VC dokumenterar och förbereder, håller i mötet. Alla vårdnivåer/ enheter ska vara representerade- "vikarie" utses av vårdnivå Vb.
- Team sammanträder 1 g i veckan onsdagar 11.00–12.00, Tranås VC. Dokumentation sker i cosmic.
- Alla vårdgivare/ enheter kan "remittera in" ärenden. Samtycke av pt inhämtas av remittent.
- Varje vårdnivå/ enhet tar med sig ärenden till teamet. HSV skickar aktuella ärenden till VC som lägger aktuella ärenden innan mötet. Teamet prioriterar ärenden innan start. När ärende bokas på teamet ska det finnas en tydlig frågeställning som ska behandlas.

Vilka ärenden:

- Nytt vårdbehov har identifierats med behov av samverkan (pt som man annars hade ringt, hänvisat, skickat messenger mm om)
- Behov av "second opinion"/ samverkan av känd vårdtagare.
- Vid behov av bedömning/konsultation av flera vårdgivare/ enheter, remiss MDK
- Återkoppling av tidigare åtgärder.

Teamrund:

- Teamet prioriterar ärenden (nya, återkoppling)
- Teamet går igenom ärenden, lägger en plan som dokumenteras i Cosmic.
- Återkoppling, teamet beslutar vem som återkopplar till Pt/ anhörig/ brukare. Dokumenteras i plan



TRANÅS KOMMUN
SOCIALTJÄNSTEN

ing. text



Vårdcentralerna Bra Liv
Region Jönköpings län

2016-06-15

Statistik pilot

Statistikpilot Adressen v24		KWS												
Statistik Team v15-24		2024, vecka												
		14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total
In från Bistånd		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
In från Hög		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
In från Rehabkommun		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
In från VC		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Återkoppling		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ut till Bistånd		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ut till Hög		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ut till Rehabkommun		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ut till VC		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1

Auto/ = automatisk flyttning av program

Är så rikligt som bara fyller i rutor

eller uppdateras efter mötet

Statistik fylls i efter varje teammöte veckovis, dvs

flytt på efter hand

Bearbetning, text och layout - Kulturm, Region Jönköpings län

2016-06-15

Utvärdering "Multisjuka/äldre team"

2024-06-12

- **Praktiskt: tid, deltagare, frekvens:** Fortsatt implementera team i verksamhet 11-12 onsdagar, deltagare i team: VC: vårdsamordnare, rehab, sköterska. Kommun: Rehab, sköterska, bistånd. Lista på ärenden förbereds via VC, HSV skickar aktuell ärenden till VC
- **Kriterier/ vilka pt:** Pt med samverkansbehov, se rutinbeskrivning
- **Antal ärenden? Åtgärder:** Se statistik
- **Upplevelsen av teamet, "hur underlättar" det för oss i samverkan:** Positivt upplevelse från ffa VC och HSV, minskar dubbelarbete, telesamtal, "oklara lappar" mm. Kommun Rehab positivt men haft lite svårt att hitta sin roll, vilka ärenden? Bistånd, upplever att man inte har så mkt att bidra med medan övriga deltagare upplever stort behov av de uppgifter som bistånd kan delge. Behov av fortsatt dialog omkring hur vi förbättrar samverkan, hur vi ser på "vårt uppdrag"
- **Pt/ anhörigas upplevelse? Hur fånga?**
- **Hur ge feedback till personal?**