

Bakgrund – Varför är detta förbättringsområde valt? Varför just nu?

Vårdcentralen arbetar aktivt med att identifiera personer som det i samverkan finns skäl att vara extra uppmärksamma på. I dagsläget finns inget inget strukturerat samarbete med den kommunala hälso- och sjukvården runt dessa personer. Vi har precis kommit igång med Dashboard, förstärkt samverkan i primär vård och ska ha gemensam utbildning för att på ett strukturerat sätt kunna följa data. Vid granskning 14/2 finns 68 personer med risk för inskrivning inom 60 dagar. Av dessa är 17 inskrivna i hemsjukvården. Vi vet att dessa patienter ofta har ett stort vårdbehov och att hemsjukvården upplever att inskrivning i palliativ vård skapar förutsättningar för god symtomlindring och ökad personcentrering.

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

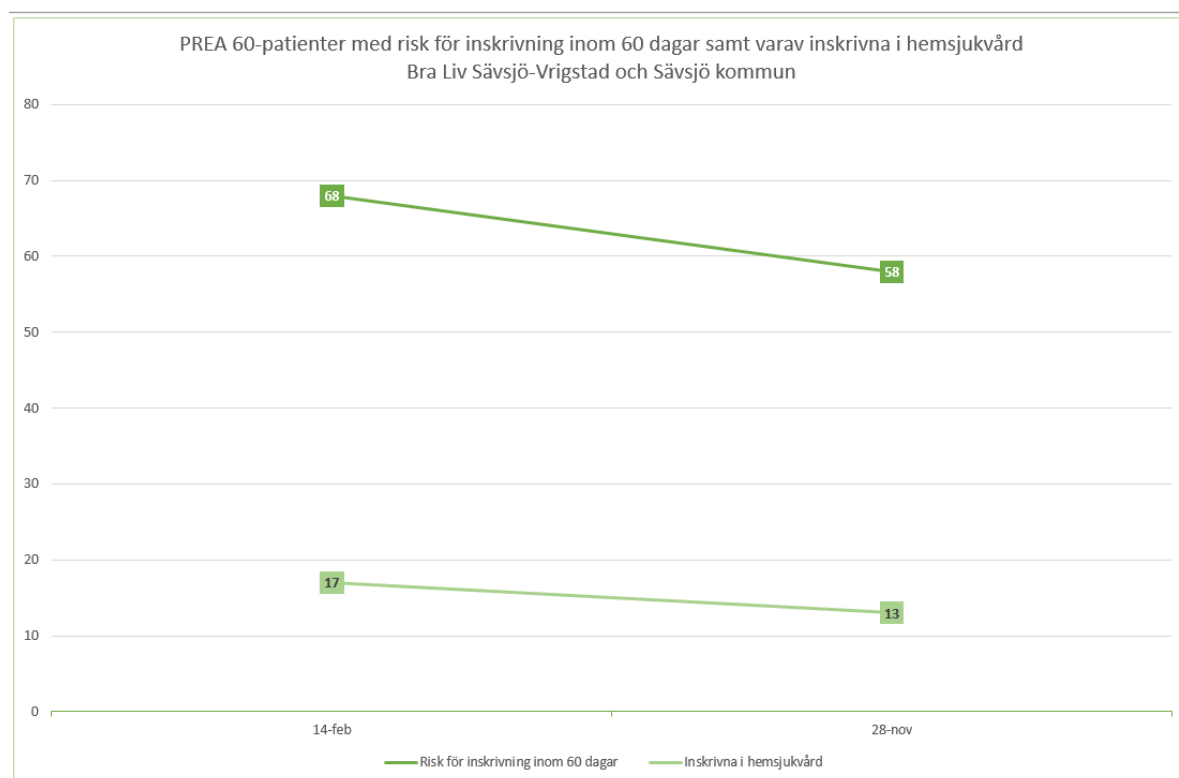
1. Att identifiera de patienter med risk för inskrivning på sjukhus inom 60 dagar och som bor på särskilt boende eller har insatser från hemsjukvård
2. Att förhindra återinskrivning genom undersöka behovet av inkludering i palliativ vård samt upprättande av vårdplaner
3. Minska antalet återinläggningar jämfört med tidigare år med minst 10%

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

För att tydliggöra vård och omsorg för patienten är samverkan mellan vårdcentralen, kommunala hälso- och sjukvården, omsorgen och andra aktörer nödvändig. Vi har i dag välfungerande mötesplatser, kontaktvägar och kontaktytor. Vi behöver dock förstärka vårt samarbete gällande de patienterna med risk för inskrivning inom 60 dagar samt de patienter som är inkluderade i palliativ vård eller ska inkluderas i palliativ vård.

Analys av nuläge – 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. Vi har inte haft gemensam data för att kunna följa de patienter med risk för inskrivning inom 60 dagar och de patienter som är inskrivna inom palliativ vård.
- b. Skapa samarbetsytor och hitta arbetssätt för att identifiera de patienter som varit återkommande på sjukhus, inskriven eller på akutmottagning men också de patienter som är i palliativ skede eller aktuella för inkludering i palliativ vård.

**Lista prioriterade förändringar som ska testas.**

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

Hitta och anpassa metod för att följa våra gemensamma patienter med risk för återinläggning via de kanaler/mötesplatser som redan finns. Arbeta aktivt med dashboarden, hitta de personer som riskerar återinläggning eller sjukhusvård och som samtidigt är inskrivna i hemsjukvård för att se om vi gemensamt med kommunen kan sätta in insatser för den enskilde.

SAFE-tänket? Mer uppföljningar?

Palliativ vård – samsyn kring vilka som ska ha palliativ vård samt vad skillnaden är mellan palliativ vård via primärvården respektive SSIH. Ett gemensamt språk/förhållningssätt mellan vårdcentralen och kommunen.

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

De förändringar som har gjorts är att införa genomgång av Prea60 1 gång i veckan. Där identifieras de patienter som är inskrivna i hemsjukvård och har risk för inskrivning inom 60 dagar. Jämfört med baslinjemätningen den 14 februari har antalet patienter med risk för inskrivning inom 60 dagar den 28 november minskat med 10 personer. Antalet av dessa som är inskrivna i hemsjukvård hade också minskat, men endast med 4 personer. Var god se diagram till vänster. Av detta resultat tolkar vi att samarbetet börjat ge resultat, även om vi tror att det kan förbättras ytterligare med tiden.

Positiva resultat:

- Frågan om palliativ vård lyfts i ett tidigare skede
- Alla patienter som inkluderas i palliativ vård får en tydlig vårdplan
- Mer samverkan med kommunen

Negativa resultat:

- Behöver ha längre tid på oss att arbeta in ett nytt arbetssätt. Svårt att hinna få med alla kollegor "på tåget".
- Vi hade behövt fler verktyg än Prea60 för att identifiera de aktuella patienterna. På Prea60 kan man inte se vilka patienter som bor på SÄBO, därmed missas dessa patienter.

Summering utifrån analys och resultat av de genomförda förändringarna. Lärdomar – Nya frågeställningar – Nästa steg

Vi har valt att använda Prea60 som ett verktyg för att identifiera de patienter med risk för inskrivning på sjukhus och som bor på särskilt boende eller har insatser från hemsjukvården. Denna lista går vi igenom 1 gång i veckan. Vi går då igenom de patienter som redan har funnits med på listan samt om det tillkommit nya patienter.

De patienter med risk för inskrivning på sjukhus som är inskrivna i hemsjukvård men som inte är inkluderade i palliativ vård har vi valt att boka in som en administrativ bokning på patientansvarig läkare, på antingen metodstöd eller hemsjukvårdsteam. Metodstöd och hemsjukvårdsteam är planerat 1 gång i veckan. När patienterna bokas skickas även ett Messenger till sjuksköterska i hemsjukvården, så att de kan förbereda både sig själva men även patienten om detta skulle behövas.

På metodstöd eller hemsjukvårdsteamet diskuteras den aktuella patienten och man tar ställning till om det är aktuellt med palliativ vård eller inte. Om det framkommer att patienten är aktuell för palliativ vård bokas detta som vanligt in som ett hembesök med läkare och sjuksköterska i hemsjukvården.

När patienten blir inskriven i palliativ vård är viktigt att det finns en tydlig och enkel vårdplan. Det är viktigt både för hemsjukvården men även för personen själv. En vårdplan underlättar kommunikationen mellan vårdpersonal, patienten samt anhöriga, så att alla är på samma sida när det gäller vårdinriktningen. En tydlig vårdplan underlättar identifieringen samt hanteringen av eventuella symtom, vilket är avgörande för att minska obehag och smärta för patienten. Den underlättar för hemsjukvården, så att patienten ska få samma vård oberoende av vem det är som jobbar. En tydlig vårdplan skapar även trygghet för patienter samt hemsjukvården då information finns nedskrivna och är lättillgänglig. Detta leder till att patienten kan få snabbare hjälp på plats i hemmet. En vårdplan förbättrar livskvaliteten och kan ge stöd i den sista tiden av livet.

Sjuksköterska på vårdcentralen har tillsammans med läkare tagit fram en standardmall för en palliativ vårdplan som ska användas på de patienter som blir inkluderade i palliativ vård. Till detta har vi tagit hjälp av redan tidigare vårdplaner som skrivits av SSIH i Eksjö. Vi har jämfört olika vårdplaner med varandra och sedan tagit fram en mall som passar oss på Bra Liv Sävsjö vårdcentral och Vrigstad vårdcentralsfilial. Standardmallen kan användas på alla patienter, men det är viktigt att den anpassas och justeras beroende på individen. När standardvårdplanen tagits fram har vårdadministratör sedan skapat ett frasinne i Cosmic, där man direkt kan lägga till vårdplanen i den palliativa anteckningen. Detta gör det enkelt för läkaren att använda den och det underlättar i deras arbete.

Vi rekommenderar verkligen andra vårdcentraler att skapa en standardvårdplan som kan användas till de palliativa patienterna. Ett tips är att prata med hemsjukvården om vad just de önskar ska finnas med i en vårdplan för att de enkelt ska kunna jobba med dem och minska risken att den ska kunna tolkas olika.

Nya arbetssätt tar tid att implementera och vi kommer att fortsätta bygga på de rutiner och den samverkan som vi påbörjat tillsammans med kommunens personal.

