

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2023

Skärholmens vårdcentral SIP 2023 del 1 och 2

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn Skärholmens Vårdcentral	
Verksamhetschef Ina El-Sherif	Verksamhetschefens e-post ina.el-sherif@regionstockholm.se
Instruktioner till mottagningen Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med del 1 ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbättringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den 28 februari 2023, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen. Denna mall med även del 2 ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den 31 januari 2024 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.. Mer information finns på https://vardgivarguiden.se/ sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet Frågor kan även skickas till rita.fernholm@regionstockholm.se. Radera EJ text i grå fält.	

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Sunay Koc
Profession: Distriktsköterska
E-post: sunay.koc@regionstockholm.se
Att involvera flera Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar. • Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer. • Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning men låt inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidosjukvård, det kan bli sårbart. • Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras). A: Ange övriga teammedlemmar och deras professioner B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.
A: Sunay Koc Distriktsköterska hemsjukvård, Jeanette Nilsson, Sjuksköterska hemsjukvården, Eleni Butzias distriktsköterska mottagningen och Signe Åhrberg vård av äldre sköterska, äldre mottagning.

B: I utformandet av vårt arbete kommer vi inte inkludera patienterna. Vi har i stället valt att under vårt arbete involvera patienterna genom att erbjuda dem att fylla i enkät från SIP kollen om hur de upplever Samordnad individuell plan (SIP). Patienterna kommer även indirekt involveras då vår målsättning är att möjliggöra att fler personer erbjuds och får en SIP. SIP utgår ifrån patientens önskemål om vad som är viktigt för hen.

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat.

- Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)
- Har det kommit nya riktlinjer där följsamheten skulle kunna öka? (som hjärtsvikt eller diabetes t.ex.)
- Finns det bra exempel från andra enheter att ta inspiration från?

Resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer finns t.ex. i medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

Börja gärna med att titta på era siffror t.ex. i medrave m4 (oftast från programmenyn) där även PrimärvårdsKvalitet (PVQ) finns med (under huvudmeny -rapporter-PrimärvårdsKvalitet) med en översiktssida för er vårdcentral. Välj helst ett område där ni ligger under medel.

Ni kan lära er mer om PrimärvårdsKvalitet på: <https://skr.se/primarvardskvalitet>

Tidigare arbeten hittar ni här:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202021.html>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattningstrappa/>

Och här:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

I socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen finns en bestämmelse om att kommunen och regionen ska upprätta en Samordnad individuell plan (SIP) när de bedömer att en patients insatser behöver samordnas. Lagen om samverkan vid utskrivning (LUS) förtydligar primärvårdens ansvar vid utskrivning och att alla patienter ska erbjudas en SIP om de efter utskrivning från slutenvården har behov av insatser från två huvudmän.

Under 2022 kom två förändringar i arbetet med SIP som väckte vårt engagemang för att genomföra ett förbättringsarbete inom området.

- I förfrågningsunderlaget presenterades att vite skulle införas i de fall primärvården inte kallat till SIP inom tre dagar efter att patienten registrerats som utskrivningsklar (vite pausas på obestämd tid, men HSF signalerar att vita kan bli aktuellt i framtiden).
- Datasystemet som används vid kommunikation mellan slutenvården, kommunen och primärvården vid utskrivning från slutenvården byts från Webcare till Lifecare.

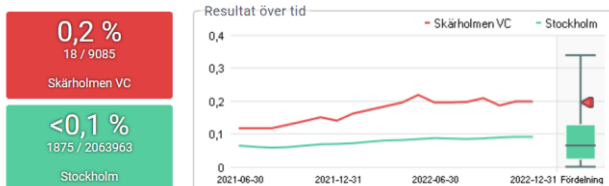
Under våren 2022 ser vi över vår följsamhet att enligt LUS kalla till SIP inom tre dagar från att patientens registreras som utskrivningsklar. Sjuksköterskor rapporterar att vi inte erbjuder alla patienter som skrivs ut från slutenvården (med insatser från två huvudmän) en SIP och att vi heller inte skulle ha kapacitet att göra det med dagen arbetssätt och rutiner. Vi får även ta del av statistik som HSF tagit fram där man jämför genomförda SIP med antal patienter som skrivits ut från slutenvården där vi får bekräftat att vi inte uppfyller LUS.

Under våren och hösten 2022 utses två utbildare som har ansvar för LifeCare och samtlig personal som ska arbeta i systemet genomgår webbutbildning som finns på vårdgivarguiden. Vi hade ett planerat personalmöte efter införande av LifeCare där det framgick att samtliga inom personalen känner sig osäkra på datasystemet LifeCare och att SIP idag tar för lång tid. Vilket leder att vi inte erbjuder SIP i den utsträckning vi önskar.

Vi väljer att fördjupa oss i hur det ser ut med SIP på vår enhet. I primärvårdskvalitet kan vi se att vi ligger lite över snittet jämfört med regionen gällande andel personer med SIP, 0,2% jämfört med <0,1%.

★ Sa04: Andel personer med Samordnad Individuell Plan (SIP), på vårdcentral

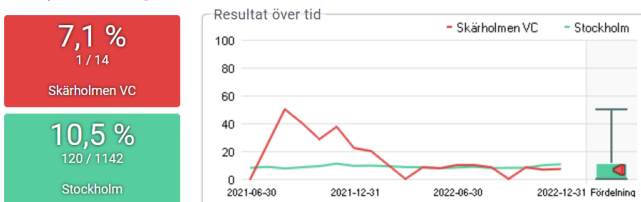
[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)



Gällande andel personer med SIP som följt upp på vårdcentral ligger vi lite under regionen, vi har 7,1% jämfört med 10,5%.

★ Sa05: Andel personer med Samordnad Individuell Plan (SIP) som följts upp, på vårdcentral

[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)



Vi valde sedan att gå vidare och se hur många SIP vi utfört per år under de tre sista åren.

2020: 11

2021: 14

2022: 29

Här ser vi att vi successivt ökat andel SIP under tre år.

Vi önskade undersöka hur många av våra hemsjukvårdspatienter som har en SIP, men denna data kan ej tas ut från MedRave.

Även om vi ligger bra till jämför med regionen i primärvårds kvalitet och vi har ökat våra SIP per år så anser vi att vi utför för få SIP.

Särskilt när vi ser till andel listade över 75 år och antal personer inskriva i hemsjukvården (där behovet av SIP ofta är stort).

Vi har idag ca 9100 listade personer vara 868 personer är över 75 år. Vi har 123 personer inskrivna i hemsjukvården. Vi ser även att personalen inte har ett fungerande arbetssätt och/eller saknar kapacitet och rutiner för vårt arbete med SIP.

SIP ska utgå ifrån vad som är viktigt för patienten. Det är patientens önskemål som ska stå i centrum för planen. Personcentrerad SIP kan inte mätas i Data som finns i MedRave, men SIP kollen har tagit fram en enkät som patienten kan svara på efter genomgången SIP.

[SIP kollen utskrift_05.pdf](#)

Val av tema för förbättringsarbetet:

Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.

SIP

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringsstrappa/>

Formulera här era mål:

Möjlighet att alltid erbjuda SIP där vi ser att behov finns och i enlighet med LUS till alla som skrivs ut från slutenvården inom tre arbetsdagar efter utskrivningsklar.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringsstrappa/>

Idéer till lösningar (För att nå målen)

Initiala idéer till lösningar (För att nå målen)
Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktygslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/>

1: Personalen saknar kunskap om nya datasystemet LifeCare

1.1: Utbildningsinsatser för att lära systemet
1.2: Rutin för upplärning av ny personal samt vikarier

2: Behov av samarbete med lokala aktörer som kommunen och rehab

2.1: Erbjud möten för samverkan med biståndshandläggare, hemtjänst och rehab

3: Avsaknad av strukturerat arbetssätt och rutin som leder till stor åtgång av tid vid planering och genomförande av SIP

3.1: Planera för effektiva möten med personalgruppen som arbetar med SIP
3.2: Utifrån mötesprotokoll skapa en lokal rutin för SIP

Mått och mätetal (indikatorer)

- Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?
- Hur kan det mätas?
- Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?

Notera 2–5 indikatorer i tabellen nedan och dessa indikatorer ska koppla antingen direkt till era mål eller till era idéer för lösningar som ni angivet ovan.

Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattringsstrappa/>

Mät utfallsmått (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck <140/90) men gärna även det ni gör (=”processmått”, t.ex. antal årskontroller varje månad av patienter med diabetes. Antal snabbspirometrier per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)

APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått och följ i ett Excelark över tid, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Om ni vill kan ni ta med ett ”balanserande mått” om man tror att förändringen kan påverka något annat negativt (som kostnader, arbetsmiljö, undanträngningseffekter). Självklart kan ni fortsätta att mäta indikatorerna efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal eller Andel.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1	Upprättande av Samordnad individuell plan vid utskrivning AU125	12 st	1 januari 2023	24 st	Med-rave	31 december 2023
Indikator 2	Upprättande av Samordnad individuell plan AU124	17 st	1 januari 2023	16 st	Med-rave	31 december 2023
Indikator 3	Uppföljning av Samordnad individuell plan AWO10	0 st	1 januari 2023	8 st	Med-rave	31 december 2023
Indikator 4	Samanställning av Enkät SIP kollen	Antal patienter som svarat på enkäten och samanställning av svar.				31 december 2023
Indikator 5	Lokal rutin för SIP	Ska vara klar innan sista december				31 december 2023

Kommentar (valfritt):

TIPS: Notera någonstans källa och datum för varje gång ni tar ut data, så att det är lätt för någon annan att fortsätta ta ut data. Det är bra om ni kan ta ut era data en gång varje månad och följa hur det går så ni vet om era insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.

Action

Dags att testa idéer, först i liten skala! PGSA (Planera, göra, studera, agera) är det så kallade förbättringshjulet. Länk till verktyget PGSA:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Skriv upp varje steg:

- Planera – Hur ska ni göra, när, vem gör vad?
- Göra – Håller ni er till planen? Vilka avvikelser från planen har ni gjort? Vad har gått bra hittills?
- Studera – Lyckades ni genomföra de aktiviteter ni planerat? Blev resultatet blev som ni tänkt? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni sen dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Beskriv här övergripande hur ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar.

Planera:

- Avsätta tid för vidareutbildning av samtlig personal som arbetar i LifeCare. Skapa rutin för upplärning av ny personal och vikarier.
- Planera för möte med samtliga sjuksköterskor som idag arbetar med SIP. Använda effektiva mötes metoden för att alla ska vara aktiva under mötet och få framföra sin åsikt.
- Planera för minst ett samarbetsmöte med lokala aktörer gällande SIP, utgå ifrån Nestors dokument riggat för samverkan.
- Efter varje utförd SIP erbjuda patienten och eventuella anhöriga att anonymt fylla i enkät från SIP kollen.

Göra:

- Efter avslutad utbildning i LifeCare tillfråga alla deltagare vilka kunskapsbehov som saknar och om det saknar kunskap planera fortsatt utbildning eller stöd.
- Ansvariga för förbättringsarbetet skriver lokal rutin för SIP möte utifrån affektiva möten med personalgrupp och resultat av samverkan med lokala aktörer.
- Genomföra samverkans möte med lokala aktörer.
- Varje kvartal sammanställa antal enkäter och antal SIP som genomförts från MedRave som inkommit samt resultat.

Studera:

- Finns fortsatt behov av utbildning och stöd gällande LifeCare.
- Finns fortsatt behov av samverkan med lokala aktörer
- Ser vi en ökning av antal SIP efter utbildningsinsatser.
- Arbetar vi Personcentrerad vid SIP? Utvärdera sammanställning av enkäten

Agera:

- Utifrån våra resultat besluta om vi är nöjda med våra mål och i så fall arbeta vidare för implementering och upprätthållande av arbetssättet. Om vi inte uppnår våra mål utvärdera vad vi behöver göra om – Nytt varv i PGSA.

Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1

t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in senast 28 februari 2023 till: forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se

DEL 2 – Slutredovisningen **(dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)**

Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**
Justeringar i del 1 går bra att göra. Om ni använt olika mallar kan skicka in dom som bilaga om ni vill.

Vårt arbete under året

Under januari-februari planerar teammedlemmarna hur vi ska genomföra vår förbättring. Teammedlemmar valdes, så både sjuksköterskor från hemsjukvården och mottagningen var del av teamet. Vi planerade att använda metoden PGSA (Planera, göra, studera, agera). Teamet planerar två avstämningsmöten för att studera hur planerade insatser fortlöpt.

I mars hålls ett möte med alla sjuksköterskor på vårdcentralen som arbetar med SIP. Vid mötet ges information om förbättringsarbetet. Alla deltagare får även möjlighet att ge önskemål om vilka utbildningsinsatser som behövs för att uppnå vårt mål samt möjlighet att ta upp hindrande faktorer som finns idag för att genomföra SIP.

- Önskad utbildning som efterfrågades gällde LifeCare, speciellt gällande att kalla, dokumentera och utvärdera SIP.
- Det framkom att all text som dokumenteras inte kommer med när den skrivs ut från LifeCare och att övriga aktörer inte dokumenterar sin del av SIP i LifeCare.
- Hindrande faktor som kom upp var avsatt tid för sjuksköterskor i hemsjukvården att planera SIP.

I mars informeras samtlig personal på vårdcentralen om förbättringsarbetet på APT.

I april genomförs önskad utbildningsinsats för alla sjuksköterskor som arbetar med SIP, även fasta vikarier och planerade sommarvikarier deltar.

Under hela våren har en teammedlem regelbunden kontakt med datasupport då vi upptäcker flera "fel i datasystemet" bland annat att text som skrivs under insatser på delmål inte kommer med på utskrift som ska ges till patienten.

I juni har temat avstämningsmöte. Vi konstaterar att utbildningsinsatsen tagit längre tid än planerat och att tekniska besvär i LifeCare fördröjt vårt arbete. Vi beslutar att det är viktigt att all personal på vårdcentralen blir säkra på LifeCare innan vi går vidare med vår plan att ha samarbetsmöte med andra aktörer. Vi planerar inte för nya utbildningsinsatser då personalen har olika behov. Det finns en utbildningsansvarig sköterska för LifeCare och personal som önskar hjälp kontakter henne vid behov. Gällande patientenkäten har vi delat ut tre enkäter och fått tillbaka en. Vi beslutar att avvakta med enkäten med anledning att vi först vill ha ett strukturerat arbetssätt samt ett fungerande samarbete med andra aktörer innan vi kan ta till oss utvärdering om hur vi arbetar med SIP.

Planet avstämningsmöte i augusti ställs in på grund av sjukdom.

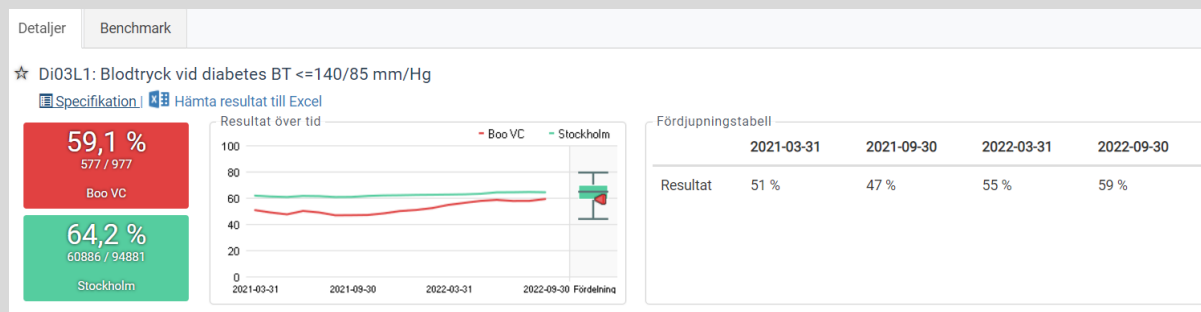
I oktober hålls samarbetsmöte med stadsdelsförvaltningens biståndshandläggare och personal från praktikertjänst rehab. Vårbergs geriatriken bjöds in att delta då vi får flertalet patienter från dem, men de tackar nej till inbjudan.

I december skickas en skriftlig lokal överenskommelse till stadsdelsförvaltningens biståndshandläggare och praktikertjänst rehab som alla godkänner.

I januari -24 håller teammedlemmar sista utvärderingsmöte av förbättringsarbetet.

Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**



	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Start- läge (% eller antal)	Datum /period för start- läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med- rave)	Datum/ period för resultat- värdet
Indikator 1	Upprättande av Samordnad individuell plan vid utskrivning AU125	0 st	1 januari 2023	24 st	12 st	Med- rave	31 december 2023
Indikator 2	Upprättande av Samordnad individuell plan AU124	0 st	1 januari 2023	16 st	19 st	Med- rave	31 december 2023
Indikator 3	Uppföljning av Samordnad individuell plan AWO10	0 st	1 januari 2023	8 st	6 st	Med- rave	31 december 2023
Indikator 4	Samanställning av Enkät SIP kollen	Se slutreflektion					
Indikator 5	Lokal rutin för SIP	Klar se bilaga					

Kommentar:

Vår plan var att erbjuda alla patienter att fylla i enkät från SIP kollen (som låter patienten svara på frågor om mötet var personcentrerat och i vilken utsträckning patienten varit delaktig). Vi valde att avvakta med detta moment då det tog längre tid än planerat att utbilda all personal i LifeCare. Vi kände även att vårt samarbete med övriga aktörer behövde stärkas innan enkätundersökningen gjordes. Vi upplevde att mötena inte fungerade som de skulle och ville först lägga tid på att förbättra detta innan vi la tid på enkäter.

Resultat:

Vi uppnådde inte det uppsatta målen relaterat till svårigheter att kunna erbjuda SIP enligt LUS, trots att vi ändrade arbetssätt i hemsjukvården genom att avsätta tid i våra kalendrar för SIP arbetet med 3 timmar varannan vecka. Enligt vårdgivargudien ska slutenvården skicka meddelande om att patienten är utskrivningsklar innan patienten har kommit hem. Vår upplevelse är att vårdtiderna på sjukhusen är mycket korta och

det är sällan som en patient läggs som utskrivningsklar innan patienten har kommit hem (utskrivningsklar och utskrivningsmeddelande skickas när patienten är hemma). I många fall läggs patienten in i LifeCare och i planeringsunderlaget från slutenvården står det "Vet ej" på alla punkter som berör primärvården. Ofta kan det komma ett meddelande kort innan hemgång att patienten behöver hjälp med läkemedel och då är det svårt att hinna planera.

Ibland vet vi inte förrän samma dag som patienten kommer hem om den ansöker om insatser från kommunen eller inte. Då kan vi inte erbjuda en SIP innan patienten kommer hem, utan detta får ske efter hemgång.

Under år 2023 har det skett stora förändringar inom hemsjukvården på vår vårdcentral. Vi har delat upp Skärholmen/ Vårberg i flera områden vilket har resulterat i att vi har tappat många inskrivna patienter samt minskat nya inskrivningar då vi har begränsat vårt upptagningsområde. Från att ha haft ca 187 inskrivna i hemsjukvården har vi idag 98 st vilket kan ha påverkat vårt mål om att ha dubblat SIP möten år 2023 till skillnad från år 2022.

Faktor som försvårar arbetet i LifeCare som vi inte kan påverka:

Ofta förekommer det chattkonversationer mellan kommunen och slutenvården (som vi inte behöver ta del av, men måste kvittera då vi ligger som mottagare). Exempel på detta kan vara att biståndshandläggare inte kan nå patienten på hans telefonnummer, detta är en konversation som vi inte behöver delta i. Då vi dagligen måste läsa och kvittera meddelande som detta så är det lätt att missa viktig information och det blir mindre tid över för planering av hemgång.

Slutenvården fyller inte i rutan att de frågat patienten om vi kan kalla till en SIP. Vi blir då tvungna att själva ringa patienten när den är på sjukhuset vilket ofta är tidskrävande.

Slutenvården efterfrågar ofta att vi har en inbyggd SIP innan hemgång men i själva verket så önskar det ett planeringssamtal med biståndshandläggaren där patienten får ansöka om insatser. Vår upplevelse är att många inte vet vad en SIP är och tror det krävs en SIP för att ansöka om insatser från kommunen.

Gällande patienter som inte har hemsjukvård:

Två sjuksköterskor på äldremottagning ansvarar för att följa patienter i LifeCare som inte är inskrivna i hemsjukvården. Om patienten har behov av hemsjukvård efter hemgång och bor i vårt upptagningsområde lämnas ärendet över till hemsjukvården. I de fall patienten inte bor i vårt upptagningsområde och har behov av hemsjukvård så erbjuder vi inte SIP utan överlåter detta till den vårdcentral som tar över patienten vid hemgång.

Verksamhetschef har presenterat vårt arbete vid GSA höstmöte för att sprida information om hur ett lokalt samarbete kan tas fram.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

För att lyckas med ett förbättringsarbete bör förändringen planeras när organisationen har förutsättningar att genomföra den. Under vårt arbete var det olyckligtvis så att:

Våren 2023 fick hemsjukvården en ny områdesindelning. Detta gav extra arbete när patienter skulle byta hemsjukvårdsutförare samt att LifeCare var ett nytt system och osäkerhet kring användningen av LifeCare försvårade arbetet med att kalla till SIP.

Under hösten 2023 planerades och genomfördes det byte av lokaler för hemsjukvården då vårdcentralen ska renoveras. Vi ser i efterhand att detta har påverkat vår möjlighet att genomföra vår förändring och uppfylla våra mål.

Det vi har lärt oss under förbättringsperioden är att vi känt oss mer säkra på användningen av LifeCare som till exempel dokumentera, vara aktiva i chatten med andra aktörer etc.

Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka era patienters delaktighet eller involvering i vården?

Inför varje SIP ger vi patienten information om mötet och ber hen och eventuella anhöriga att förbereda vad dem önskar ta upp på mötet. Vår förhoppning är att detta stärker patientens delaktighet under mötet.

Vad har ni för plan framåt gällande detta område? Här beskriver ni hur ni planerar att vidmakthålla positiva förändringar, eller om det inte blev som tänkt om ni avser att lägga ner eller förändra ansats.

Vi avser att fortsätta vara aktiva i LifeCare och följa lokala rutiner för LifeCare och SIP samt att sträva efter att kalla till SIP där behovet behövs.

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" och skicka in senast 31 januari 2024 till
funktionsbrevlådan forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se