Här är målet att tillsammans hitta personen och nå tidig samverkan för individens bästa

**Fas 0** Per 79 årbor hemma i utkanten av kommunen. Per har en missbrukande fru och 2 barn. Ett barn bor utomlands och ett barn bor i Norrköping. Per börjar få en kognitiv svikt och hans fru missbrukar mer och mer. Inga insatser från kommun är beviljade och sporadiska besökhälsocentralen pga kroppsliga besvär.

**Fas 1** Per har nyligen fått en demensdiagnos och ett utåtagerande beteende. Till det brottas med hjärtsvikt sen några år tillbaka och har haft hemtjänstinsatser 2 gånger i veckan sen något år tillbaka.

**Fas 2** Pers dotter från Norrköping ringer till biståndshandläggaren och behöver hjälp. Hennes mamma är helt slutkörd både av sitt egna missbruk men även i vårdandet av Per. Hon kan inte lämna hemmet för att handla tex och ingen som städar hemma. Dotter ber biståndshandläggaren om hjälp.

**Styrkor**

* Vi har sedan länge ett bra samarbete mellan kommunen och hälsocentralerna.
* Lokala samverkansarena 4 ggr/år eller utifrån behov
* Gemensamma rutiner
* Möten mellan leg personal, chef hälsocentral och kommun minst en gång/ år.

**Utmaningar**

* Hur hittar vi igen personer som kan behöva ha stöd och hjälp?
* Hur kommer vi runt sekretessen för individens bästa.
* Hur ökar vi kontinuiteten?
* Hur kan vi öka samverkan trots ekonomiska svårigheter.
* Digitalisering
* Hur möter vi personen i hemmet på individens bästa.
* Kommunikation, kompetensutveckling samt implementering nya arbetssätt.
* Hur tydliggör vi möjligheten att informera om att kunna anmäla oro till IFO

 

**Möjligheter**

* Övergripande plan tillsammans för omställning Nära vård.
* Hur kan vi använda äldrecenter och anhörigsamordnaren på bättre sätt?
* När personen dyker upp i primärvården bli bättre att sätta sig in i alla livsområden.
* Gemensamt metodstöd.
* Hur skapar vi en väg in för personen. Hur bygger vi upp en kontinuitet? Hur skulle ett sådant team se ut?
* Utveckla samverkan och samarbetet via samverkansarenan.
* Göra dokumentet Flödesschema vid demensutredning känt och jobba utifrån det.
* Utveckla gemensamma team och anställa gemensam personal.
* Ha en läkare som har ansvar för alla patienter som bor i särskild boendeform.
* Ta fram gemensamma mål och genomföra dessa genom att ständigt utgår från dokumentet BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE, Handlingsplan för Hemvården och Hälsocentralerna i Åre kommun.
* Digitalisering
* En huvudman
* Vårt humankapital

**Svagheter**

* Hälsosamtalen genomförs inte längre.
* Sekretessgränser.
* Låg kontinuitet.
* Kompetensnivå i vissa grupper är låg.
* Kompetensförsörjningen, svårt att få tillräckligt med personal både ur ekonomisk synvinkel men också då det faktiskt inte alltid går att få tag på personal.
* Vi har ingen etablerad samverkan för att hitta personer som behöver stöd och hjälp.
* Avsaknad av trygghetsteam.

Våga bryta stuprören, våga satsa, våga satsa på framtiden!