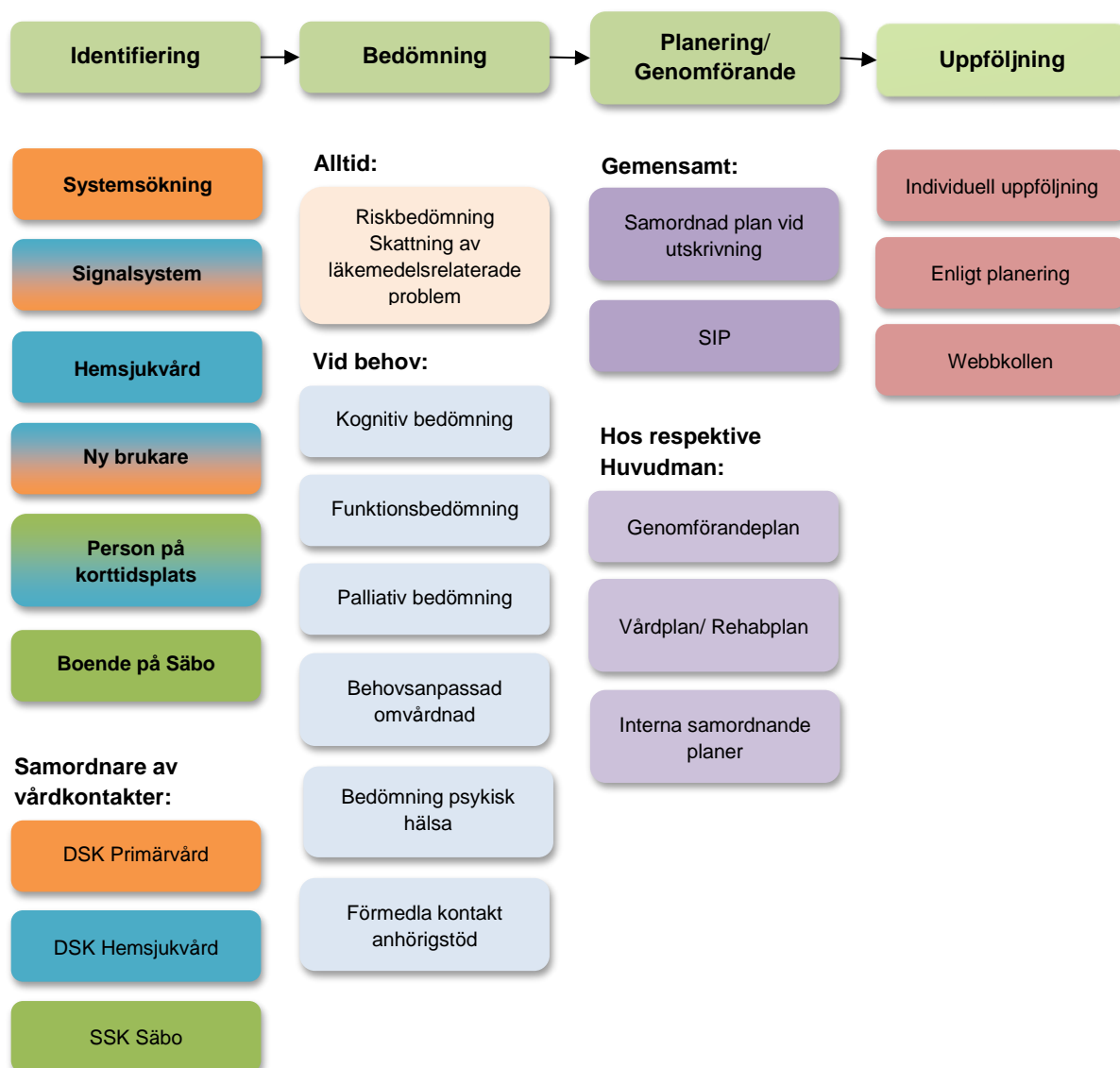


Trygg och säker hemma – Modell för samverkan i Jämtland Härjedalen



Identifiering

Det första steget i modellen är att identifiera personer som löper risk att konsumera onödig sjukvård. Målgruppen är främst personer över 65 år, men även personer under 65 år med behov av vård och/eller omsorg kan omfattas av modellen efter individuell bedömning. Identifieringen kan ske på sex olika sätt, dessa presenteras närmare nedan:

Systemsökning

Systemsökning (enligt rutin för verksamhetschef i primärvården) sker genom att identifiera de som besökt akutmottagningen 3 gånger eller mer senaste halvåret. Samordnare av vårdkontakter för denna grupp är om inget annat avtalas distriktssköterska i primärvården.

Signalsystem

Identifiering via signalsystem innebär att olika verksamheter identifierar utifrån egna kriterier. Från medicinkliniken identifieras fokuspatienter arbetet med Trygg och säker utskrivning. Hemtjänsten och hälsocentralen har varsin lista med indikatorer som de ska vara uppmärksamma på och rapportera (Bilaga [1](#) och [2](#)). Personer identifierade i denna grupp har sin samordnare för vårdkontakter hos kommunens distriktssköterska om de har hemsjukvård, i annat fall hos distriktssköterska i primärvården. Blankett för överföring till SSK/DSK finns (Bilaga [1](#) och [2](#)).

Hemsjukvård

Samtliga patienter inskrivna i hemsjukvård tillhör målgruppen för Trygg och säker hemma.

Ny brukare

En ny brukare hos biståndsbedömaren ska erbjudas besök av distriktssköterska ([Bilaga 3](#)).

Person på korttidsplats

Alla personer som vistas på korttidsplats tillhör målgruppen. Ansvar för samordning av vårdkontakter kan ligga antingen hos distriktssköterska i hemsjukvård eller sjuksköterska på korttids. Vissa platser ansvarar primärvården för. Se lokal rutin.

Boende på Säbo

Boende på Säbo omfattas också av modellen. Där är den samordnare av vårdkontakter sjuksköterskan på Säbo.

Samordnare av vårdkontakter

I modellen för Trygg och säker hemma ingår att den enskilde erbjuds **en** samordnare av vårdkontakter att vända sig till. I kommunen är det patientansvarig sjuksköterska/distriktssköterska och i primärvården utsedd sjuksköterska/distriktssköterska. Vem som ska vara samordnare för vårdkontakter bestäms slutligen i samråd med den enskilde i samband med att SIP upprättas.

Begreppet fast vårdkontakt regleras i Hälso- och sjukvårdslagen 29 § och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling 3 §. Fast vårdkontakt följer verksamhetschefens område, så en person kan ha flera fasta vårdkontakter på olika enheter, dessa koordineras av samordnare av vårdkontakter.

Bedömning

Efter identifiering av personer som ska omfattas av modellen görs bedömningar utifrån en tvådelad lista, med en obligatorisk del och en del där man väljer de bedömningar som är aktuella för den enskilde.

Alltid:

Riskbedömning
Skattning av
läkemedelsrelaterade
problem

De som identifieras i modellen erbjuds ett besök för riskbedömningar. I den första bedömningen ingår att riskbedöma med stöd av [Senior Alert](#) (samma instrument i kommun och primärvård) och skattning av läkemedelsrelaterade problem med valbar variant av [Phase20](#). I den första bedömningen ingår också att ta ställning till om det behövs några ytterligare bedömningar.

Vid behov:

Kognitiv
bedömning

För den kognitiva bedömningen finns lokala överenskommelser mellan respektive kommun och primärvården för hur de ska gå till.

För den som besväras av BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) initieras stöd med hjälp av [BPSD-registret](#) där så är möjligt.

Funktions-
bedömning

Att sjukgymnast/fysioterapeut och/eller arbetsterapeut kopplas in när behov av detta föreligger är viktigt. En utgångspunkt är att den som har gånghjälpmedel ute eller inne kan ha behov av kontakt med sjukgymnast/fysioterapeut, och den som har hjälp med personlig omvårdnad kan behöva kontakt med arbetsterapeut.

Palliativ
bedömning

Vid behov av palliativ bedömning kopplas läkaren in.

Bedömning
psykisk hälsa

Finns det något som tyder på att den du besöker behöver stöd för sin psykiska hälsa?

Förmedla kontakt
anhörigstöd

Anhöriga är en viktig resurs, men att vårda anhöriga är också förenat med risk för egen ohälsa. Enlig författning¹ ska alla kommuner erbjuda stöd till anhöriga som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som ger stöd till en närstående med funktionsnedsättning. I modellen ingår att informera eventuella anhöriga om möjlighet till stöd. Mer information om detta finns på respektive kommuns hemsida under anhörigstöd.

¹ Socialtjänstlagen, 5 kap 10§

Planering/ Genomförande

Gemensamt:

Samordnad plan
vid utskrivning

Vid vistelse på sjukhus sker vårdplanering vid behov i Meddix.

SIP

Samordnad individuell plan ska upprättas om det finns insatser från flera huvudmän och behov eller om den enskilde efterfrågar det.

Det finns beslut om införande av ett IT-stöd för SIP. Fram till dess gäller [manuella rutiner](#).

Hos respektive Huvudman:

Följa lokala rutiner för planering av vård och omsorg.

Genomförandeplan

Vårdplan/
Rehabplan

Interna
samordnande
planer

Uppföljning

Individuell
uppföljning

Blankett för individuell uppföljning vid första besök och efter 12 veckor finns ([Bilaga 4](#)).
Används enligt lokal rutin.

Enligt planering

Alla olika planer, inkl. SIP följs upp enligt respektive plan.

Webbkollen

[Webbkollen](#) är ett sätt att låta patienterna komma till tals. Det är ett intervjustöd för personal som ringer till patient för att följa upp vården. Det skapar trygghet och det blir också tydligt var vårdens förbättringsområden finns.