Trygg och säker hemma
– Modell för samverkan i Jämtland Härjedalen

**Systemsökning**

**Signalsystem**

**Ny** **brukare**

**Hemsjukvård**

**Person** **på** **korttidsplats**

**Boende** **på** **Säbo**

**Identifiering**

Riskbedömning Skattning av läkemedelsrelaterade problem

Kognitiv bedömning

**Bedömning**

**Planering**/ **Genomförande**

**Uppföljning**

Funktionsbedömning

Palliativ bedömning

Behovsanpassad omvårdnad

**Vid behov:**

Genomförandeplan

DSK Primärvård

Vårdplan/ Rehabplan

Interna samordnande planer

SSK Säbo

DSK Hemsjukvård

**Samordnare av vårdkontakter:**

**Alltid:**

**Gemensamt:**

**Hos respektive Huvudman:**

SIP

Mall för uppföljning

Enligt planering

Webbkollen

Förmedla kontakt anhörigstöd

Samordnad plan vid utskrivning

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:

**Ny** **brukare**

**Systemsökning**

**Identifiering**

Systemsökning sker genom att ta reda på dem som besökt akutmottagningen 3 gånger eller mer senaste halvåret. Samordnare av vårdkontakter för denna grupp är om inget annat avtalas distriktssköterska i primärvården.

**Boende** **på** **Säbo**

**Signalsystem**

Identifiering via signalsystem innebär att olika verksamheter identifierar utifrån egna kriterier. Från medicinkliniken identifieras fokuspatienter i deras eget arbete med trygg och säker utskrivning. Hemtjänsten och hälsocentralen har varsin lista med indikatorer som de ska vara uppmärksamma på och rapportera (Bilaga [1](http://regionjh.se/download/18.6fc55ace15169641b471727/1454505269767/Trygg%2Boch%2Bs%C3%A4ker%2Bhemma%2BIndikatorer%2Bhemtj%C3%A4nst.pdf) och [3](http://regionjh.se/download/18.6fc55ace15169641b4716e6/1454511222274/Trygg%2Boch%2Bs%C3%A4ker%2Bhemma%2BIndikatorer%2Bh%C3%A4lsocentral.pdf)). 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 av detta till SSK/DSK finns (Bilaga [2](http://regionjh.se/download/18.6fc55ace15169641b471727/1454505269767/Trygg%2Boch%2Bs%C3%A4ker%2Bhemma%2BIndikatorer%2Bhemtj%C3%A4nst.pdf) och [4](http://regionjh.se/download/18.6fc55ace15169641b4716e6/1454511222274/Trygg%2Boch%2Bs%C3%A4ker%2Bhemma%2BIndikatorer%2Bh%C3%A4lsocentral.pdf)).

**Hemsjukvård**

Patienter inskrivna i hemsjukvård identifieras som hörande till Trygg och säker hemmas målgrupp.

En ny brukare hos biståndsbedömaren ska erbjudas besök av distriktssköterska ([Bilaga 5](http://regionjh.se/download/18.6fc55ace15169641b47173a/1454510488081/Bilaga%2B5.pdf)).

**Person** **på** **korttidsplats**

En person som befinner sig på korttidsplats som har hemsjukvård kan ha DSK i hemsjukvård som samordnare av vårdkontakter. För andra personer kan sjuksköterskan på korttids vara det naturliga valet. Viktigt att hitta en rutin för att inte tappa kontinuitet

Boende på Säbo omfattas också av modellen. Där är den samordnare av vårdkontakter i de flesta fall sjuksköterskan på Säbo.

**Samordnare av** **vårdkontakter**

I modellen för Trygg och säker hemma ingår att den enskilde erbjuds **en** samordnare för vårdkontakter att vända sig till. Vem som ska vara samordnare för vårdkontakter bestäms i samråd med den enskilde. För patient med kommunal kontakt passar det ofta bra att den kommunala sjuksköterskan eller distriktssköterskan är samordnare för vårdkontakter. För patienter utan kommunal kontakt kan distriktssköterska i primärvården vara samordnare för vårdkontakter.

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

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

Funktions-bedömning

**Bedömning**

**Alltid:**

Palliativ bedömning

Riskbedömning Skattning av läkemedels-relaterade problem

De som identifieras i modellen erbjuds ett besök för en första riskbedömning. I den första bedömningen ingår att riskbedöma för undernäring, trycksår och fall med stöd av [Senior Alert](http://plus.rjl.se/senioralert), och skattning av läkemedelsrelaterade problem med [Phase20](http://www.lul.se/phase-20). 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](http://www.bpsd.se/) där så är möjligt.

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

Vid behov av palliativ bedömning kopplas läkaren in.

Förmedla kontakt anhörigstöd

Enlig författning[[1]](#footnote-1) 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.

**Gemensamt:**

**Planering**/ **Genomförande**

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

Interna samordnande planer

Vårdplan/ Rehabplan

Samordnad plan vid utskrivning

Mall för att hålla koll på bedömning och uppföljning finns (Bilaga 6). Används enligt lokal rutin.

Mall för uppföljning

**Uppföljning**

Enligt planering

Alla olika planer, inkl. SIP följs upp enligt planering.

Webbkollen

[Webbkollen](http://www.webbkollen.com/) 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.

1. Socialtjänstlagen, 5 kap 10§ [↑](#footnote-ref-1)