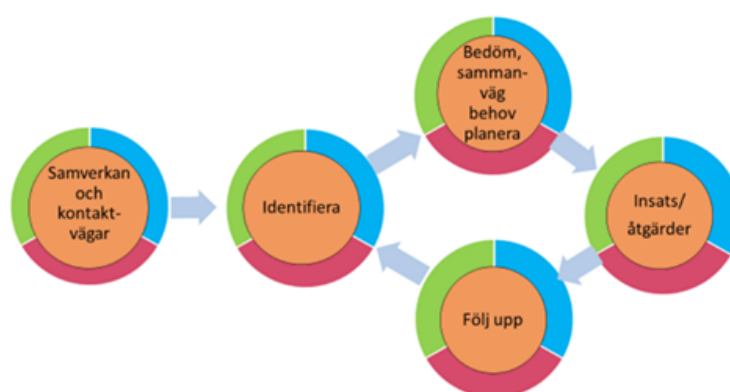


Arbetsätt för målgruppen sköra, mest sjuka äldre

Detta är en fördjupad beskrivning av arbetssättet för målgruppen sköra, mest sjuka äldre. Den ska ses som en närmare beskrivning utifrån *Överenskommelse om samverkan och samordning vid vård och omsorg i hemmet*. Fördjupningen är framtagen av Länsgrupp i samverkan Trygg och säker vård och omsorg, på uppdrag av Strategigrupp Äldre. Alla yrkesgrupper tar tillsammans ansvar för steget före och steget efter och mellanrummen som kan uppstå.

Processbeskrivning arbetssätt



Målgrupp



Samverkan och kontaktvägar

För att möjliggöra samverkan och tydliggöra vård och omsorg för personen är det nödvändigt att vårdcentral, kommunal hälso- och sjukvård och omsorg och aktörer tillsammans kommer överens om mötesplatser, kontaktytor och kontaktvägar. Samverkansformer och individuellt stöd i medicinsk bedömning är viktig. Forskning visar på negativa konsekvenser om sköra och mest sjuka äldre förflyttas, istället ska primärvården vara basen och övrig specialistsjukvård finns tillgänglig när den behövs.

Identifiera

Nedanstående kan utgöra stöd för att gemensamt identifiera personer som det i samverkan finns skäl att vara extra uppmärksamma på:

- Personer som varit återkommande på sjukhus, inskriven, på akutmottagning eller inom ambulanssjukvård
- Har mycket insatser av kommunal hälso- och sjukvård och/eller vårdcentral och/eller omfattande hjälp med personlig omvårdnad
- I palliativt skede eller aktuella för palliativ vård
- Personer som har flera kroniska sjukdomar, många läkemedel eller instabil symtombörda
- Identifierade genom vedertagna screeninginstrument till exempel Clinical Frailty Scale eller Geriatrisk riskprofil
- Personer som hittas i prediktiva modeller (data från patientjournaler i Cosmic);
 - PREA 30 identifierar personer med hög risk för återinskrivning på sjukhus
 - PREA 60 risk för ökat vårdbehov inom den närmaste tiden identifieras.
- Personer med kognitiv svikt/demens, särskilt om de samtidigt har andra hälsoproblem
- Personer med diagnoser med förhöjd risk för undvikbar slutenvård; hjärtsvikt, KOL mfl.
- Personer med somatisk och psykiatrisk samsjuklighet
- Personer där det uppkommit oro över vårdsituationen, där någon i eller utanför vården hör av sig och är orolig över pågående vård, eller avsaknad av vård.

Bedöm, sammanväg behov och planera

Med utgångspunkt från Esthers svar på frågan *"Vad är viktigt för dig?"* planeras samarbete och samverkan för att möta behoven. Fast vårdkontakt och Fast läkarkontakt utses om det inte finns.

Identifiera de insatser och professioner som behövs för att tillgodose behoven ur flera perspektiv; omsorg, omvårdnad, medicinskt, rehabilitering och

hälsofrämjande. Nedanstående punkter kan vara aktuella att beakta, bedöma, sammanväga behov eller planera:

- Klinisk undersökning, kan leda vidare till vidare utredning av behoven
- Riskbedömning av fallrisk, trycksår, ohälsa i munnen, nutrition, blåsdysfunktion och rehabilitering enligt Senior alert
- Läkemedelsgenomgång
- Psykisk hälsa (tidigare psykisk sjukdom, anhörigvård, sociala kontakter, försämrad fysisk hälsa, sorg och förlust)
- Social situation och aktiviteter (ensamboende, anhöriga, sociala kontakter, vardagliga aktiviteter i relation till miljö och digital teknik, intressen, medverkan i föreningsliv)
- Boendemiljö (möjlighet att komma ut, användning av hjälpmedel, tillgång till hiss, avstånd till viktiga samhällsfunktioner som affär).

Samordnad vårdplanering (SVPL) när Esther är hemma

Personal inom hälso-och sjukvård eller socialtjänst ska starta arbetet med en samordnad individuell plan, SIP, när de eller den enskilde bedömer att det finns behov av samordnade insatser. Använd Link. För att starta upp ett samordningsärende i Link använd *Rekommenderat arbetssätt för samordnad vårdplanering i öppenvård*. Respektive yrkesprofession ansvarar för att dokumentera i Link.

Den som tagit initiativ till samordning ska förbereda mötet tillsammans med personen. Den fasta vårdkontakten eller vårdsamordnare sammankallar till SVPL, som kan ske fysiskt i hemmet eller digitalt. Det är viktigt att kallade aktörer deltar, annars ska ersättare utses.

När SVPL hålls digitalt, har alla kallade professioner ansvar att utifrån personens behov gemensamt se vem som är mest lämplig att vara hemma hos Esther vid mötet. Om detta är oklart så avgör vårdsamordnare och biståndshandläggare i samråd.

SIP ska skapa trygghet och säkerställa genom att personen har kännedom om:

- vilka aktuella insatser och behandling, som svarar mot såväl proaktiva, akuta och långsiktiga behov och vem som ansvarar för vad
- vilka åtgärder som ska göras vid förändring, plötslig eller smygande
- vem som är fast läkarkontakt, fast vårdkontakt och vem som ska fortsätta samordna behov och insatser. Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt ska dokumenteras i SIP, i Cosmic och i Combine. De fasta kontakterna ska vara tydliga och kända för personen
- relevanta kontaktvägar inom vård och omsorg och kontaktuppgifter med eventuella direktnummer till ansvariga personer samt kännedom om kontaktvägar när plötsliga behov uppkommer

- att en överenskommelse görs som innehåller vad som är viktigt för personen och vad han/hon utifrån egen förmåga och med stöd av sitt nätverk kan göra
- när uppföljning ska ske.

Närstående involveras i SIP utifrån patientens behov och önskemål.

Dokumentation av SIP

SIP skrivs av vårdsamordnare via journalmall i Link i Cosmic och är därmed läsbar på 1177.se. Via Link blir SIP tillgänglig för personen, vårdcentral, specialistsjukvård och kommunal hälso- och sjukvård. Varje vårdgivare ansvarar för dokumentation i respektive verksamhetssystem.

SIP ska vara aktuell och fortsätta så länge samordnade behov finns. Se *Tillämpning av samordnad individuell plan (SIP)*. Förekommer andra planer ska SIP ange vilka andra planer som beskriver Esthers behov och insatser. Till exempel genomförandeplan enligt SoL eller LSS, behandlingsstrategi för medicinsk vård, rehabiliteringsplan, läkemedelsplan.

Insats/åtgärder

För målgruppen krävs hög grad av personcentrering. Esthers behov avgör vilka insatser inom vård och omsorg som behövs. Vikten av koordinering, tydlig plan i samverkan och fasta kontakter kan inte nog betonas. Har personen flera vårdkontakter ska en samordnande fast vårdkontakt finnas.

Mest sjuka äldre ska alltid ha fast läkarkontakt och fast vårdkontakt där kontinuitet ska eftersträvas för att säkerställa aktuell medicinsk plan, som även innehåller ”plan B” vid förändrat tillstånd (”vad gör vi om...”)

Närstående är en del av teamet om personen så önskar. Beakta närståendes behov av stöd, avlastning och vårda egen hälsa och förebygga ohälsa.

Förutsättningar för fungerande proaktiva, akuta och långsiktiga åtgärder är:

- tydliga planer
- medicinsk behandlingsstrategi
- tillgänglighet för kontakt, bedömning och besök (hembesök, digitala besök, mottagningsbesök).

Planen behöver omfatta:

Proaktiva insatser

Proaktiva insatser för att förhindra försämring är viktigt för gruppen sköra äldre. Till exempel kan en enkel infektion snabbt försvaga den äldre och sköra personen och leda till slutenvård som kunnat undvikas. Förlust av vikt, muskelmassa och styrka är tecken på skörhet och innebär risk för framtida funktionsnedsättning. Det är angeläget att stödja insatser kring till exempel kost och aktivitetsnivå. Även den medicinska behandlingsstrategin ska utformas proaktivt.

Oplanerade insatser (behov av akutare karaktär)

Snabba reaktioner vid signaler som tyder på försämring/svikt och tidigt agerande för att förebygga försämring. Organisering och arbetssätt ska ge förutsättningar för bedömning per telefon och vid behov, via akut eller planerat hembesök av sjuksköterska eller läkare, alla dagar dygnet runt. För att möta behov hos målgruppen behövs planering som möjliggör insats/åtgärd när akuta behov uppkommer.

Insatser över tid

Vårdcentralen tillsammans med kommunal hälso- och sjukvård har ansvaret för insatser och uppdrag att samordna insatser i hemmet över tid. Sköra, mest sjuka äldre med kroniska sjukdomar har ofta behov av tillgång till vård i ordinärt och särskilt boende genom samverkan och kontaktvägar mellan kommun, vårdcentral och övrig specialistsjukvård. Ett framtidssamtal och beslut om inriktningen för vård och omsorg utifrån ”vad är viktigt för dig?” ska genomföras. Överväg samtal om vårdens i livets slutskede med patient och närstående.

För personer med pågående kontakt med flera medicinska specialiteter kan medicinsk konferens mellan primärvård och andra medicinska specialiteter skapa patientsäkerhet och trygghet. Detta särskilt om flera behandlingar och läkemedelsordinationer pågår samtidigt. Helheten av insatser beskrivs i medicinska behandlingsstrategin samt i SIP. Insatser kan behövas från tex Specialiserad Sjukvård i Hemmet, SSIH för att stödja och möta personens behov hemma.

Läkemedelsbehandling

Kontinuerlig information och diskussion om läkemedel ska ske, se behandlingsrekommendationer *Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre* och *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*. Dokumentera läkemedelsförändringar i journalen, delge patient och involverad vårdpersonal. Om personen önskar ska närstående och eventuell legal företrädare meddelas. Målsättningar:

- minska onödig polyfarmaci
- minimera handhavandeproblem
- öka följsamhet till läkemedelsbehandling
- särskilt fokus på rapportering vid vårdens övergångar

Följ upp

Uppföljning på individnivå

Instämmer personen i påståendet ”Jag får den vård och omsorg jag behöver, när jag behöver det och där jag behöver det”? Sköra, kroniskt sjuka och mest sjuka äldre har behov av kontinuerlig, sammanhållen vård och omsorg. I samverkan ska teamet följa upp resultatet av genomförda insatser, behandling inklusive läkemedelsbehandling och rehabilitering. Säkra personens behov genom fortsatt samverkan över tid.

Frekvensen på uppföljning avgörs av Esthers hälsa och sociala situation. SIP behöver vara aktuell. Uppdatera genomförandeplan enligt SoL eller LSS, behandlingsstrategi för medicinsk vård, rehabiliteringsplan, läkemedelsplan. Läkemedelsbehandling följs upp enligt Handlingsplan för äldre och läkemedel.

Arbetsättet och uppföljning stöds och beskrivs även i *Läkaruppdrag och medicinsk samverkan mellan vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende*.