

Samverkan och samordning vid vård och omsorg i hemmet – överenskommelse Jönköpings län

Inledning

En samordnad vård och omsorg ger trygghet och kvalitet för individ och närstående. Samverkan och proaktivt arbetssätt ger patientsäkerhet, trygga medarbetare och effektivt använda resurser. Länsinvånare med behov av insatser från flera huvudmän och verksamheter kan själv ha svårt att samordna de processer och insatser de har behov av. Denna överenskommelse beskriver det gemensamma agerandet när personen är hemma och är en del i arbetet med Nära vård. Den kompletteras med *"Överenskommelse om samverkan för trygg och säker utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Jönköpings län"*. *Fördjupade beskrivningar för målgruppen Äldre* finns framtagna, se relaterat innehåll.

Syfte

Syftet med överenskommelsen är att främja en proaktiv, tydlig och sammanhållen vård och omsorg där personer upplever trygghet och får sina behov tillgodosedda. Överenskommelsen ska ge förutsättningar och verktyg för vård och omsorg som berör sjuka/sköra i ordinärt och särskilda boende. Detta för att skapa samsyn och gemensamt ansvarstagande om personer som har insatser från flera huvudmän.

Målgrupp

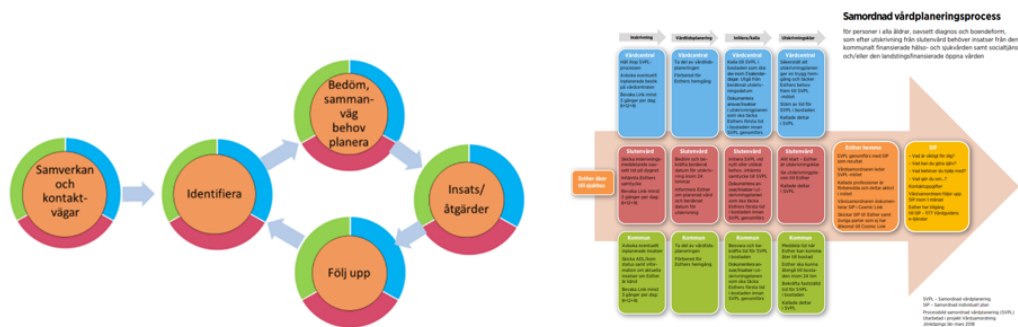
Överenskommelsen tillämpas för alla personer oavsett ålder och diagnos som har behov av stöd att samordna sin vård och omsorg i ordinärt och särskilt boende. Samordningsprocessen kan inte beskrivas linjärt, så som vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Istället finns delar/arbetssätt/insatser som behöver sättas samman utifrån olika behov.

Personers behov av insatser och samordning kan variera över tid och i omfattning och samordningsprocessen fortsätter så länge som behov av samordnade insatser finns, läs mer på: <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-830-2.pdf?issuusl=ignore>.

Process Gemensamt ansvarstagande

Personer ska kunna instämma i "Jag får den vård/stöd jag behöver, när jag behöver det och där jag behöver det". Förutsättningen är att yrkesgrupperna tillsammans tar ansvar för steget före, steget efter och mellanrummen som kan uppstå.

Bilderna nedan illustrerar processerna för Samverkan och samordning vid vård och omsorg i hemmet i Jönköpings län respektive Samverkan för trygg och säker utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Jönköpings län.



Samverkan och kontaktvägar/kontaktsätt

För att möjliggöra samverkan och tydliggöra vård och omsorg för personen är det nödvändigt att samtliga aktörer, exempelvis vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänst, barnkliniken, psykiatrin, habiliteringen och övrig specialistsjukvård, skola, hemtjänst, boendestöd och övriga i teamet tillsammans kommer överens om mötesplatser, kontaktytor och kontaktvägar.

Samverkansformer, gemensam planering, individuellt stöd och medicinsk bedömning är viktig. Primärvård är basen och övrig specialistsjukvård finns tillgänglig när den behövs.

Samverkan behövs för olika situationer:

- Långsiktighet: Mötesplatser för samverkan och utveckling av arbetssätt
- Täta teamträffar för gemensam planering i proaktivt eller uppföljande syfte där teamet har mandat att utforma stödet på individnivå
- När akuta behov uppkommer-avsatta tider finns som möjliggör åtgärder
- Identifiera yrkesfunktioner som ska vara involverade i olika situationer.

Kontaktvägar och kontaktsätt för verksamheterna att nå varandra och när;

- Olika kontaktvägar, fysiskt, digitalt, telefon.
- Messenger
- Link

Varje vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård ska ha överenskommet och dokumenterat samverkan och kontaktvägar/kontaktsätt i lokala avtal utifrån *Samverkansavtal för Läkaruppdrag och Medicinsk samverkan*, se relaterat innehåll.

Identifiera

Alla yrkesgrupper som arbetar nära personen har ansvar för att uppmärksamma signaler och att identifiera personer med behov av samordnade insatser. I samverkan ska vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänst, övrig specialistsjukvård, skola, hemtjänst och boendestöd m fl identifiera de personer som det finns skäl att vara extra uppmärksamma på. Muntligt eller skriftligt samtycke krävs för att dela information. Samtycke dokumenteras enligt rutin i respektive verksamhet.

Bedöm och sammanväg behov och planera

Personens behov bedöms genom nuläge, samtal, tidigare kontakter och insatser inom vård och omsorg. Med utgångspunkt från personens svar på frågan ”Vad är viktigt för dig?” identifieras behov av samverkan och samordning, och därmed vilka professioner som behövs för att driva vård- och omsorgsprocessen framåt. Samordning av de insatser som ges enligt olika lagrum, beskrivs i en samordnad individuell plan (SIP). SIP är personens plan och dokumentationen behöver vara tillgänglig för denne och alla aktörer. Arbete med att ta fram en SIP beskrivs i *Tillämpning av samordnad individuell plan(SIP)*, se relaterat innehåll.

Insats/åtgärder

Personens behov avgör vilka insatser och samordning inom vård och omsorg som behövs. Vård, omsorg och insatser ska vara förebyggande, proaktiva, långsiktiga samt syfta till att motverka försämring. Det innefattar välplanerad samverkan för snabba reaktioner även vid oplanerade och akuta insatser. Snabba reaktioner och insatser i förebyggande syfte för att förhindra försämring är viktigt för personer med stora vård- och omsorgsbehov. Beakta närståendes behov av stöd, avlastning att vårda sin egen hälsa och förebygga ohälsa.

Följ upp

Resultatet av uppföljningen av personens insatser och samordning klargör fortsatt behov, och utgör underlag för ny planering och revidering av SIP. Om SIP skrivs i Cosmic så blir den läsbar på 1177.se. Frekvensen på uppföljning avgörs av personens hälsa, behov och sociala situation. Uppföljningen planeras och dokumenteras i SIP.