

Rutindokument

Arbetsområde, t ex klinik Jokkmokks kommun och hälsocentral, Psykiatriin Gällivare	Godkänd av Lena Stenman och Maria Larsson	Sida 1 av 6
Giltigt fr o m 2019-02-21	Ansvarig för uppdatering Samverkansgruppen	Version 1.0

Trygg hemma- förstärkt samarbete i öppenvård Jokkmokk

Berörda enheter

Jokkmokks Hälsocentral, Psykiatriin Gällivare, Hemtjänsten, Socialpsykiatriin, Biståndshandläggare och Hem-sjukvården i Jokkmokk.

Syfte med gemensam rutin

Att förbättra samverkan och tydligheten mellan kommunens och landstingets alla professioner.
Skapa delaktighet och trygghet för den enskilde och närstående.

Identifiering av fokusperson

Geriatrisk riskprofil (GRP) används av samtliga yrkeskategorier som stöd vid identifiering samt via systemsök på hälsocentralerna. Kriterierna enligt geriatrisk riskprofilering är:

Om svaren ger **tre eller flera** poäng, klassas individen som en person med förhöjd risk och extra insatser och/eller stöd bör övervägas.

Fokusperson är en person med behov av stärkta insatser såsom samordnad individuell plan, fast vårdkontakt och läkemedelsgenomgång.

På vårdplanering eller genom utskrivningsmeddelandet i LifeCare ska verksamheterna få kännedom om fokusperson som identifierats inom slutenvården.

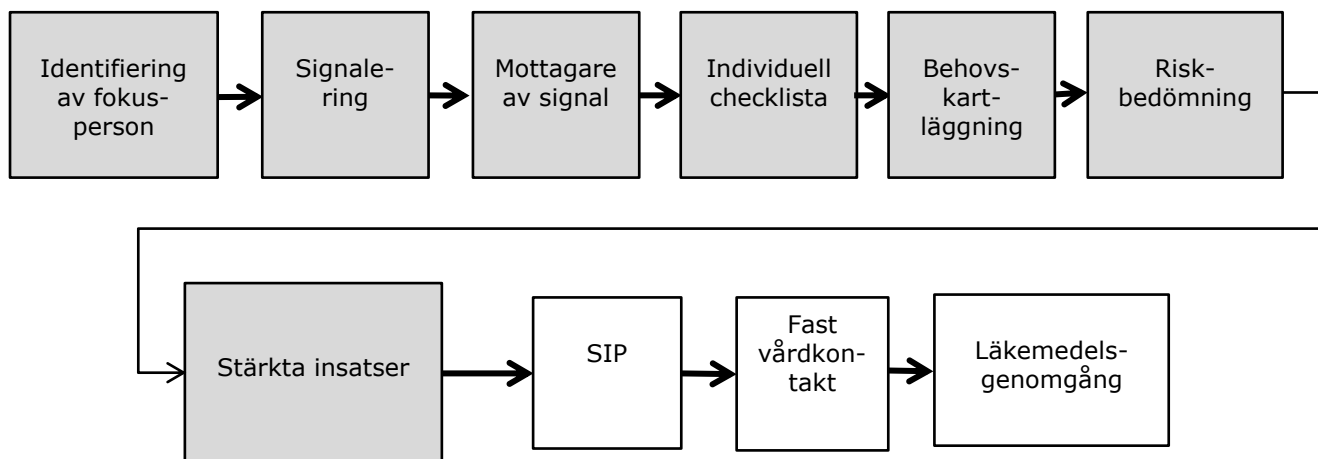
<i>Har personen fem eller fler läkemedel?</i>	1 poäng
<i>Är personen ensamboende eller saknar anhöriga?</i>	1 poäng
<i>Har personen svårigheter att gå eller förflytta sig/ har nyligen fallit?</i>	1 poäng
<i>Har personen kognitiv svikt (desorienterad, demens, konfusion/ förvirring)?</i>	2 poäng
<i>Har personen varit inlagd på sjukhus under de senaste tre månaderna?</i>	1 poäng

Rutindokument

Arbetsområde, t ex klinik Jokkmokks kommun och hälsocentral, Psykiatrin Gällivare	Godkänd av Lena Stenman och Maria Larsson	Sida 2 av 6
Giltigt fr o m 2019-02-21	Ansvarig för uppdatering Samverkansgruppen	Version 1.0

Processbeskrivning

Sammanfattande flöde i processen



Signalering

När en fokusperson upptäcks fylls blanketten **Individuell checklista – Trygg hemma** (se bilaga 1). För hemsjukvårdspatienter lämnas blanketten vidare till distriktssköterska hemsjukvården. För övriga personer, ej hemsjukvårdspatienter, lämnas blanketten vidare till enhetschef Siv Johansson vid Jokkmokks Hälsocentral. Kopia på blanketten sparas av respektive verksamhet för att användas vid uppföljningen.

Hemtjänstpersonal/Boendestödjare som upptäcker behov av/förändrade behov av omvårdnads/serviceinsatser signalerar till kund-/personalsamordnare som kontaktar biståndshandläggare.

Hälsocentral/sluten vård signalerar till biståndshandläggare via befintlig rutin i LifeCare.

Mottagare av signal

Den som tar emot signalen ansvarar för att bedöma vilka åtgärder som skall vidtas exempelvis behovskartläggning, besök på hälsocentral eller hembesök.

Individuell checklista

Den individuella checklisten (bilaga 1) vidarebefordras vid behov till nästa person i processen. Ansvarig för denna kan variera men ska vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommun eller landsting.

Erbjudande om första bedömning

Görs av den som kommer att utföra hela eller del av bedömningen, denna ansvarar även för ifyllande av den individuella checklisten. I de fall den enskilde avsäger sig bedömning erbjuds uppföljning **inom 3 månader**.

Första bedömning

Första bedömning sker med den enskilde i samråd med gode man, närstående och/eller annan berörd personal. Vid bedömningen tar man ställning till om personen behöver förstärkta insatser och i så fall kallar man till en SIP.

Rutindokument

Arbetsområde, t ex klinik Jokkmokks kommun och hälsocentral, Psykiatrin Gällivare	Godkänd av Lena Stenman och Maria Larsson	Sida 3 av 6
Giltigt fr o m 2019-02-21	Ansvarig för uppdatering Samverkansgruppen	Version 1.0

Riskbedömningar fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommun eller landsting ansvarar för riskbedömning i samråd med hemtjänstpersonal/boendestödjare och dokumentation i respektive journalsystem samt i kvalitetsregistret ”Senior Alert”.

Personal inom hemtjänst/boendestöd påbörjar/utför riskbedömningar ”Senior Alert” hos sin brukare.

Stärkta insatser

Samordnad individuell plan, SIP

Samordnad individuell plan, SIP, ska upprättas tillsammans med brukare om de har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Den som uppmärksammar behovet av samordnad individuell planering erbjuder, sammankallar och är initialt samordningsansvarig vid SIP.

En SIP genomförs i möjligaste mån i patientens hem där alla deltar personligt eller via telefon. Om det inte är möjligt att genomföra träffen i hemmet sker den på hälsocentral eller hos öppenvård psykiatri. Huvudregeln är att den huvudman som har mest kontakt med den enskilde får det övergripande ansvaret för samordningen. Biståndshandläggaren kallas ej vid endast läkemedel endast kommunens sjuksköterskor kallas.

Fast vårdkontakt

Om behov föreligger eller om den enskilde begär det utses fast vårdkontakt. Den person som utses ska, så långt det är möjligt, samråda med och respektera den enskildes önskemål när den fasta vårdkontakten utses. Fast vårdkontakt utses i normalfallet i samband med samordnad individuell planering och dokumenteras i journalen samt i den samordnade individuella planen. Fast vårdkontakt kan utses även om samordning inte är nödvändig och en samordnad individuell plan inte upprättas.

För personer i ordinärt boende utses den fasta vårdkontakten bland hälso- och sjukvårdspersonal inom landstinget med undantag av de personer som är bedömda som hemsjukvårdspatienter. För dessa personer är det den patientansvariga sjuksköterskan som är den fasta vårdkontakten.

Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsgenomgång ska göras minst 1 gång årligen enligt rutin. Görs i anslutning till första bedömning och kan sedan förslagsvis göras vid årsförlängning av patientens medicinering – APO dos förlängning eller nya årsrecept. Sjuksköterska inom hemsjukvård respektive hälsocentral gör bedömning om möjliga läkemedelsrelaterade symtom med hjälp av skattningsskalan PHASE-20 (bilaga 2). Bedömningen görs tillsammans med patienten, anhöriga och/eller hemtjänstpersonal. Skattningsskalan skickas/lämnas till ansvarig läkare. Tid bokas för läkemedelsgenomgång.

Om patienten är en hemsjukvårdspatient deltar om möjligt sjuksköterska från kommunen samt kontaktpersonal. Uppföljning planeras in. Dokumentation sker i respektive journalsystem.

Rutindokument

Arbetsområde, t ex klinik Jokkmokks kommun och hälsocentral, Psykiatrin Gällivare	Godkänd av Lena Stenman och Maria Larsson	Sida 4 av 6
Giltigt fr o m 2019-02-21	Ansvarig för uppdatering Samverkansgruppen	Version 1.0

Uppföljning

Uppföljning av rutinen ”Trygg hemma” genom att följa statistik för:

Antal inkomna individuella checklistor.

Vidtagna åtgärder.

Resultaten redovisas en gång per halvår i Samverkansmöten mellan Hälsocentralen och kommun av gruppen utsedd person. Respektive verksamhet/enhet gör en egen planering för att följa upp och redovisa resultaten ut i verksamheterna/enheterna.

Fastställande av rutinen

Fastställande av rutinen sker på samverkansmötet mellan landsting och kommun på samverkansmöte.

Revidering av rutinen

Revidering av rutinen sker fortlöpande en gång per år i början av året. Rutinen revideras i samverkan mellan Psykiatrin Gällivare, Hälsocentralen och kommunen. Synpunkter/ utvecklingsförslag gällande rutinen lämnas till närmaste chef som vidarebefordrar till ansvariga för uppdatering.

Rutindokument

Arbetsområde, t ex klinik Jokkmokks kommun och hälsocentral, Psykiatri Gällivare	Godkänd av Lena Stenman och Maria Larsson	Sida 5 av 6
Giltigt fr o m 2019-02-21	Ansvarig för uppdatering Samverkansgruppen	Version 1.0

Bilaga 1. Individuell checklista

Checklistan upprättad av:																
Personuppgifter Namn: Personnummer: Telefon:	Erbjudande om en första bedömning Datum: <input type="checkbox"/> Tackar ja <input type="checkbox"/> Tackar nej Om nej, datum för ny kontakt:															
Datum: Identifiering av: <input type="checkbox"/> Kommun <input type="checkbox"/> Landsting <input type="checkbox"/> Geriatrisk riskbedömning <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Fem eller fler läkemedel?</td> <td style="padding: 2px;">1 poäng</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Ensamboende eller saknar anhöriga?</td> <td style="padding: 2px;">1 poäng</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Svårigheter att gå eller förflytta sig/ har nyligen fallit?</td> <td style="padding: 2px;">1 poäng</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kognitiv svikt (desorienterad, demens, konfusion/förvirring)?</td> <td style="padding: 2px;">2 poäng</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Inlagd på sjukhus under de senaste tre månaderna?</td> <td style="padding: 2px;">1 poäng</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Fem eller fler läkemedel?	1 poäng	<input type="checkbox"/>	Ensamboende eller saknar anhöriga?	1 poäng	<input type="checkbox"/>	Svårigheter att gå eller förflytta sig/ har nyligen fallit?	1 poäng	<input type="checkbox"/>	Kognitiv svikt (desorienterad, demens, konfusion/förvirring)?	2 poäng	<input type="checkbox"/>	Inlagd på sjukhus under de senaste tre månaderna?	1 poäng	<input type="checkbox"/>	Första bedömningen datum: _____ <input type="checkbox"/> Hemmet <input type="checkbox"/> Hälsocentralen <input type="checkbox"/> Annan plats:
Fem eller fler läkemedel?	1 poäng	<input type="checkbox"/>														
Ensamboende eller saknar anhöriga?	1 poäng	<input type="checkbox"/>														
Svårigheter att gå eller förflytta sig/ har nyligen fallit?	1 poäng	<input type="checkbox"/>														
Kognitiv svikt (desorienterad, demens, konfusion/förvirring)?	2 poäng	<input type="checkbox"/>														
Inlagd på sjukhus under de senaste tre månaderna?	1 poäng	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/> Antal poäng. Upprättad av _____ Namn & funktion på den som identifierat/signalerat: <hr/>	Deltagare första bedömningen: <input type="checkbox"/> Dsk HC <input type="checkbox"/> Kontaktpersonal K <input type="checkbox"/> Bistånd <input type="checkbox"/> Dsk K <input type="checkbox"/> Rehab HC <input type="checkbox"/> Rehab K <input type="checkbox"/> Annan:															
Åtgärder fokuspersoner: Läkemedelsgenomgång <input type="checkbox"/> Läkemedelsgenomgång genomförd Fast vårdkontakt <input type="checkbox"/> Utsedd i samråd med patienten* och kontaktuppgifter är lämnade Samordnad individuell plan (SIP) <input type="checkbox"/> Samtycke har lämnats <input type="checkbox"/> Upprättad tillsammans med patienten* som har fått sitt eget exemplar Datum:	Utförd screening av läkemedelsrelaterade symtom inför läkemedelsgenomgång (enligt Phase 20) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Utförda riskbedömningar (enligt kvalitetsregistret Senior alert) <input type="checkbox"/> Fall <input type="checkbox"/> Trycksår <input type="checkbox"/> Undernäring <input type="checkbox"/> Munhälsa <input type="checkbox"/> Inkontinens Bedömd som focusperson efter första bedömning: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej															
Kommentarer: (Tex. Om personen tackar nej eller inte bedöms ha fortsatta behov efter första bedömningen)																

*Med anhörig/närstående om patienten är oförmögen att delta. Den som identifierar en fokusperson fyller i den gråa boxen.

Rutindokument

Arbetsområde, t ex klinik Jokkmokks kommun och hälsocentral, Psykiatri Gällivare	Godkänd av Lena Stenman och Maria Larsson	Sida 6 av 6
Giltigt fr o m 2019-02-21	Ansvarig för uppdatering Samverkansgruppen	Version 1.0

Bilaga 2.

PHASE-20 – skattningsskala för möjliga läkemedels- relaterade symtom

Namn:	Personnummer:	Datum:	Vårdpersonal sign:		
Diagnoser:					
Hur mycket har patienten kunnat delta i bedömningen?		Helt <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/> Inte alls <input type="checkbox"/>		
Är patienten: Uppgående <input type="checkbox"/>		Rullstolsbunden <input type="checkbox"/>	Sängbunden <input type="checkbox"/>		
Längd: Datum:	BT sittande: BT stående:	Puls:	S-kreatinin:	Beräknat kreatininclearance:	
Vikt: Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
<p>Sätt ett tydligt kryss i rutan vid det alternativ som bäst motsvarar besvärnivån under de senaste två veckorna. Lämna förtydligande kommentarer i marginalen vid behov. Ringa in de symtom som stämmer bäst och stryk över de symtom som inte stämmer.</p>					
	Inga besvär	Små besvär	Måttliga besvär	Stora besvär	Kommentarer:
1. Yr/ostadig/faller lätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Trött/dåsig/orkeslös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Sover dåligt/mardrömmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Ont i magen/ont i bröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Orolig/ängestfylld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Lättirriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Glömsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Dålig aptit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Muntorr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Illamående/kräks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Hjärtklappning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Svullna ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Andfåddhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Täta trängningar/urinläckage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Klåda/utslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Annat, till exempel					