

Hälsovalschefens beslut angående samordningssköterska för äldre och multisjuka i primärvård

Bakgrund

Snabb medicinsk utveckling med modern behandling vid exempelvis hjärtinfarkt, cancer och stroke har bidragit till att människor fått bättre förutsättningar att leva ett långt liv med god livskvalitet. Det innebär en förbättrad livskvaliteten för många äldre och möjliggjort ett fortsatt kvarboende i det ordinära boendet med bibehållen integritet och självbestämmande. Koncentration och specialisering har bidragit till den positiva utvecklingen. Framgången har för med sig nya utmaningar som handlar om att lära sig att på ett effektivt sätt behandla äldre personer som har flera sjukdomar samtidigt och lever högre upp i åldrarna än tidigare. Till detta kommer tidigare kända problem med svårigheter att samordna vård och omsorg om sköra äldre personer i livets slutskede.

Dagens primärvård har inget tydligt uppdrag för gruppen sjuka äldre. Det bidrar till att kroniskt sjuka äldre personer hänvisas till akutmottagningar som inte är utformade för deras behov. Det finns även behov av att personcentrera vården för andra vårdtunga grupper. Konsekvensen blir ofta vård på sjukhus som tar stora resurser i anspråk. För att klara det framtida stigande behovet av vård och omsorg om äldre behöver ett skifte ske mot öppna vårdformer.

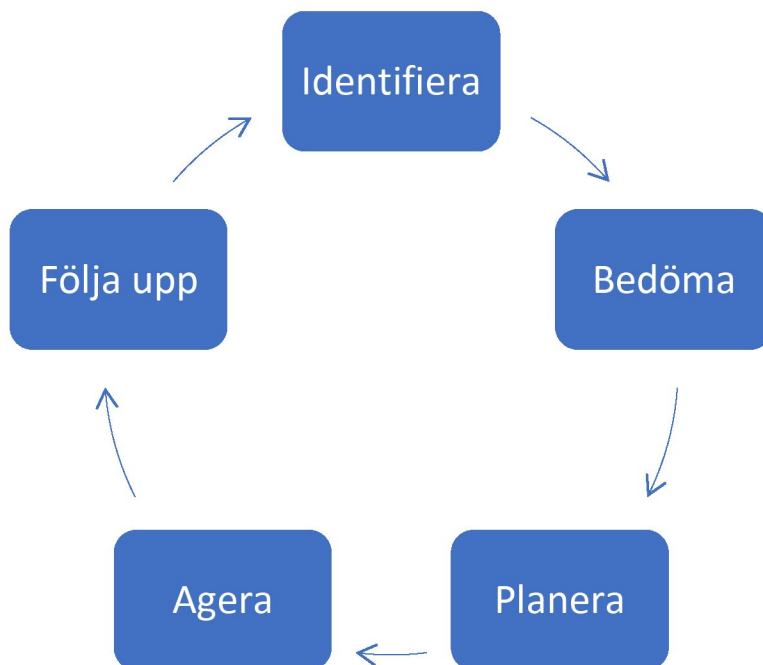
Syfte

Ge äldre och multisjuka förutsättningar att bibehålla hälsa, självbestämmande och integritet samt bidra till att den sjuke och dennes närstående kan känna trygghet i vardagen samt i kontakt med vården.

Mål

Skapa ett strukturerat team-omhändertagande av personer med behov av fast vårdkontakt.

Idé



Efter att de mest sjuka identifierats kommer de att erbjudas en samlad bedömning som leder vidare i en vårdplanering. Varje patient ska erbjudas en fast vårdkontakt och få ett direkttelefonnummer. Samordningssköterskan ska ansvara för att följa upp att vårdplanen verkställs och hur utfallet blir. Kontakter mellan sköterskan och patient kan ske per telefon eller via besök på vårdcentralen.

Identifiera

- Vårdcentralen kommer att identifiera personer med behov av samordningssköterska genom att använda en modifierad geriatrisk riskprofil.
- Äldre personer med hög konsumtion av slutenvård, mångbesökare på vårdcentralen och mångbesökare på akuten ska också kunna erbjudas en samordningssköterska.
- Identifiering och överrapportering kan också ske inom slutenvård.

Bedöma

Följande ingår i den första bedömningen:

- Självskattade hälsoproblem
- Bedömning av risk för fall, trycksår, nutrition och munhälsa med registrering i Senior alert.
- Läkemedelsavstämning och läkemedelsgenomgång (vara spindel)
- Bedömning av kognitiv förmåga
- Psykisk hälsa
- ADL-förmåga och rehabiliteringspotential
- Behov av hjälpmedel
- Social situation

Planera

När bedömningen är färdig samlar sköterskan patienten, eventuell närstående, och övrig relevant personal (biståndshandläggare) till samordnad vårdplanering.

- Hur kan patientens vårdbehov bäst tillgodoses?
- Vem bidrar med vad?
- Vilka mål har behandlingen?

Vårdplan upprättas. Denna inkluderar även egenvård. Patienten erbjuds en samordningssköterska och ett trygghetstelefonnummer.

Agera

Ingående parter ansvarar för att deras del i vårdplanen verkställs. Vid problem eller förändrade behov kontaktas sköterskan.

Följa upp

Sköterskan följer upp resultatet utifrån vad som fastställts i vårdplanen. Vårdplanen justeras och ny tid för uppföljning beslutas.

Patienten finns kvar i systemet så länge behov kvarstår. Uppföljning kan ske med olika intervall utifrån behovet.

Kontaktperson

Samordningssköterskan ska förutom att vara fast vårdkontakt för patienten med särskilda behov också vara den samordnande kontakten vid samverkan med kommunernas hälso-och sjukvård samt vid kontakt med avdelningar på sjukhuset

Region Sörmland

Mats Henningsson
Hälsovalschef