



Riktlinjer för omhändertagande av patient enligt TryggVE-modellen

Innehållsförteckning

BAKGRUND	4
FÖRUTSÄTTNINGAR.....	4
DEFINITIONER	4
ÖVERGRIPANDE MÅL	4
TEAMET KRING PATIENTEN – ÖVERGRIPANDE FÖRUTSÄTTNINGAR	5
Vårdgivare.....	5
Sjukhus.....	5
Primärvård	5
Kommun	5
Hemsjukvård.....	5
Socialtjänst.....	6
Professioner.....	6
Apotekare.....	6
Arbetssterapeut.....	6
Biståndshandläggare.....	6
Läkare.....	7
Sjukgymnast.....	7
Sjuksköterska	7
TRYGGVE– MODELLENS ARBETSOMRÅDEN	7
Trygghet.....	7
Psykisk hälsa	8
HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale).....	8
AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)	8
MMT (Mini Mental Test) och klocktest	8
Läkemedel.....	8
Läkemedelsberättelse.....	8
Läkemedelsavstämning	8
Symtomskattning.....	9
Aktuell läkemedelslista.....	9
Olämpliga läkemedelskombinationer	9
Nutrition	9
MNA (Mini Nutritional Assessment)	9
Rehabilitering.....	10

Prevention	10
Trycksårsbedömning enligt RBT-skalan (Riskbedömning Trycksår) eller Modifierad Nortonskala	10
Fallriskbedömning	10
DOKUMENTATION AV TRYGGVE- INFORMATION	10
ÖVERFÖRING AV TRYGGVE- INFORMATION MELLAN VÅRDGIVARE	11
GENOMFÖRANDE	12
UPPFÖLJNING	12
Checklista TryggVE.....	12
DOKUMENTINFORMATION	13
För innehållet svarar	13
Remissinstanser	13
Nyckelord	13
REFERENSFÖRTECKNING	13
LÄNKFÖRTECKNING.....	13

Bakgrund

Arbetet enligt TryggVE- modellen syftar till att förbättra vården och omhändertagandet av multisjuka och multiviktande äldre [1]. I arbetet har olika områden identifierats som har betydelse för att upptäcka risker för ohälsa, vilka lett fram till en arbetsmodell benämnd TryggVE. Syftet med modellen är att vårdgivarna ska använda TryggVE- modellens olika riskbedömningar och självskattningar för att ge vård och insatser på rätt vårdnivå i en obruten vårdkedja. Målet är att patienten ska känna sig trygg. Ledord i arbetsmodellen är **Trygghet**, **Vårdsamverkan** och **Effektivitet**.

Riktlinjen försöker svara på frågor som har kommit fram under arbetet och innehåller utgångspunkter och bakgrund till verksamheternas omhändertagande av patient enligt TryggVE- modellen. I ”TryggVE- modellen - Manual för omhändertagande av patient”, som är gemensam för alla vårdgivare, beskrivs hur omhändertagandet sker medan riktlinjen beskriver vad som ska göras. Varje vårdgivare ska komplettera manualen med lokala rutiner.

Vid frågor om denna riktlinje hänvisas till verksamhetens kontaktperson i nätverket TryggVE eller projektledningen.

Förutsättningar

Definitioner

En TryggVE- patient är enligt de framtagna definitionerna multiviktande och/eller multisjuk. Med **multiviktande** menas ”Någon eller flera sjukdomsdiagnoser, problem med nedsatt rörlighet och ork, samt behov av rehabiliterings- eller funktionsuppehållande insatser under lång tid. Sammanfattningsvis är det patienter med en skör livssituation, snabbt föränderlig och med behov av återkommande omprövning av vård, omsorgs - eller rehabiliteringsinsatser”.

Definitionen **multisjuk** innefattar ”Personer över 75 år med minst 3 diagnoser och minst 3 oplanerade läkarkontakter under de senaste 12 månaderna”.

Övergripande mål

Övergripande mål i omhändertagandet av patient enligt TryggVE- modellen är att:

- TryggVE- patienten ska vara identifierad genom hela vårdkedjan.
- Alla - varje verksamhet och profession - ska veta hur information om TryggVE ska hanteras.
- Alla TryggVE- patienter erbjuds screening med relevanta bedömningsinstrument.
- TryggVE- patienten och dennes närstående får information om vart de kan vända sig vid sociala och/eller hälso- och sjukvårdsfrågor samt information om vilken vårdgivare som har och/eller tar över vårdansvaret.

Teamet kring patienten – övergripande förutsättningar

Vårdgivare

Sjukhus

Sjukhuset har ansvar för att omhänderta och prioritera de äldre multisjuka patienter som är i behov av specialistsjukvård. När dessa patienter behöver vårdas ineliggande finns apotekare, arbetsterapeuter, läkare, sjukgymnaster, sjuksköterskor som arbetar enligt TryggVE- modellen. Sjukhuset har även tillgång till dietist och äldrepsykiatrisk kompetens.

Primärvård

Primärvården har hälso- och sjukvårdsansvar för patienter som själva eller med hjälp av en annan person kan ta sig till vårdcentralen. Det gäller även den som har ett tillfälligt förhinder på grund av funktionsnedsättning, men vanligtvis kan ta sig till mottagningen. I primärvården finns arbetsterapeut, läkare, sjukgymnast och äldresjuksköterska [2]. Utседd sjuksköterska är koordinator i teamet runt patienten.

Kommun

Hemsjukvård

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar omfattas av arbetsterapeut-, sjukgymnast- och sjuksköterskeinsatser utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) [2]. Arbetsterapeut,

sjukgymnast och sjuksköterska gör var för sig en bedömning om patienten har behov av hälso- och sjukvårdsinsats i hemmet och kan skriva in patienten i hemsjukvården.

Socialtjänst

Behovet av hjälp kan initieras av patienten själv men även av andra, t.ex. närstående, distriktsköterska och läkare. Biståndshandläggare gör utredning och fattar beslut utifrån patientens behov [3]. Exempel på stöd är hjälp med personlig omvårdnad, inköp, tvätt, matdistribution, trygghetslarm samt vistelse på dagverksamhet, korttidsenhet och särskilt boende.

Professioner

Apotekare

Apotekaren har som ansvar och uppgift att uppmärksamma förskrivarna på läkemedel med biverkningsrisker, interaktioner, över- och underdoseringar samt vid behov svara på specifika farmakologiska frågor. Målet med de läkemedelsgenomgångar apotekaren gör är att, utifrån individens sjukdomsbild och samlade läkemedelsterapi, ge förslag på förändringar som kan förbättra terapin.

Arbetsterapeut

Arbetsterapeutens främsta syfte och ansvar är att främja individens aktivitetsförmåga. Målet med arbetsterapi är att främja patientens möjligheter att leva ett värdefullt liv i enlighet med sina egna önskemål och behov, i förhållande till omgivningens krav. Arbetsterapeutens medel för att nå detta mål består i att, genom arbetsterapi, utveckla patientens aktivitetsförmåga eller förhindra nedsatt aktivitetsförmåga och i förekommande fall kompensera den, så att patienten upplever tillfredsställelse i sin dagliga livsföring.

Biståndshandläggare

Biståndshandläggaren bedömer och beviljar insatser utifrån patientens behov [3]. I ansvaret ingår att följa upp insatserna och se till att de följer patientens behov. En TryggVE- patient kan ha insatser via ett SoL-beslut (enligt Socialtjänstlagen) och hälso- och sjukvårdsinsatser

som primärvården ansvarar för. I dessa fall är biståndshandläggaren kommunens kontaktperson till primärvården och sjukhuset.

Läkare

Läkaren inom sluten- och öppenvård har det övergripande medicinska ansvaret.

Distriktsläkare i primärvården är som regel PAL för patienten.

Sjukgymnast

Sjukgymnastens främsta syfte och ansvar är att främja individens rörelseförmåga och rörelsebeteende. Målet med sjukgymnastik är att patienten ska uppnå och bibehålla så god rörelse-, funktions- och förflyttningsförmåga som möjligt för att uppnå högsta oberoende och delaktighet i vardagen.

Sjuksköterska

Sjuksköterskan är omvårdnadsspecialist och har en helhetssyn på patienten för att identifiera, bedöma och åtgärda behov. Sjuksköterskans roll är att vara koordinator för patienten, samordna kontakter och insatser med andra utförare inom TryggVE- modellen, t.ex. läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast, biståndshandläggare och dietist.

TryggVE– modellens arbetsområden

I arbetsmodellen för TryggVE- patienter ingår för verksamheterna att erbjuda patienten bedömning och självskattning med olika bedömningsinstrument för att kunna sätta in lämpliga åtgärder. Arbetsområdena är trygghet, psykisk hälsa, läkemedel, nutrition, rehabilitering samt prevention.

Trygghet

Patienten ska känna sig trygg i sin situation, veta att vården samverkar och veta till vem/vilka man ska/kan vända sig till när vårdbehov förändras eller vid frågor som rör hälso- och

sjukvård och socialtjänst. Varje vårdgivare ansvarar för att lämna information till patienten om aktuella telefonnummer och kontaktpersoner.

Psykisk hälsa

HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Används för att upptäcka under- och svåradiagnosticerad depression/ångestsjukdom. Utförs av sjuksköterska. Läkare har ansvar för bedömning av resultat och fortsatta åtgärder.

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Används för att upptäcka överkonsumtion av alkohol. Utförs av sjuksköterska. Läkare har ansvar för bedömning av resultat och fortsatta åtgärder.

MMT (Mini Mental Test) och klocktest

Görs vid misstanke om demenssjukdom. Utförs av sjuksköterska, läkare och/eller arbetsterapeut. Läkare har ansvar för bedömning av resultat och fortsatta åtgärder.

Läkemedel

Västra Götalandsregionen har arbetat fram en strategi och gemensam handlingsplan för äldre och läkemedel [4, 5]. Målet är att patienten ska få en adekvat läkemedelsbehandling med regelbunden uppföljning som förebygger att läkemedelsrelaterade problem leder till sjukhusvistelse. Olika åtgärder som läkemedelsberättelse, läkemedelsavstämning, fokus på olämpliga läkemedel för äldre och symtomskattning förväntas ge en säkrare och förbättrad läkemedelsanvändning.

Läkemedelsberättelse

Läkemedelsberättelse är en sammanställning över de förändringar i patientens läkemedelsbehandling, som gjorts under vårdtiden på sjukhus, samt utgör ett komplement till en aktuell läkemedelslista. Läkare har ansvar för genomförande, bedömning av resultat och fortsatta åtgärder.

Läkemedelsavstämning

Läkemedelsavstämning är en arbetsmetod för att förebygga läkemedelsfel såväl vid vårdtillfället som i vårdens övergångar. Metoden sträcker sig genom hela läkemedelsprocessen, dvs. från att patienten tar kontakt med vårdenheten tills dess att

kontakten avslutas för att skrivas in vid annan vårdenhet eller avslutas. Läkare har ansvar för genomförande, bedömning av resultat och fortsätta åtgärder.

Symtomskattning

Symtomskattning används vid utvärdering av ordinationsändring, inför läkemedelsgenomgång, årskontroll, recept-/apodosförnyelse för att uppmärksamma symtom/besvär som kan vara läkemedelsrelaterade.

Sjuksköterska ansvarar för genomförande. Läkare har ansvar för bedömning av resultat och fortsätta åtgärder.

Aktuell läkemedelslista

Läkare ansvarar för att patienten har en aktuell läkemedelslista.

Olämpliga läkemedelskombinationer

Läkare ansvarar för identifiering av olämpliga läkemedelskombinationer. Särskild uppmärksamhet riktas mot läkemedel med t.ex. antikolinerg effekt, bensodiazepiner, NSAID, opioider, protonpumpshämmare samt förekomst av multimedcinering (polyfarmaci). Läkare har ansvar för bedömning av resultat och fortsatta åtgärder.

Nutrition

MNA (Mini Nutritional Assessment)

För att upptäcka risk för undernäring görs nutritionsscreening enligt Mini Nutritional Assessment, MNA. Sjuksköterska ansvarar för att genomföra och följa upp bedömning av undernäring. Beroende på svar planeras och genomförs kontakt med andra professioner. Dokumentation av bedömning, åtgärder och fortsatt planering dokumenteras av respektive yrkesgrupp.

Rehabilitering

Arbetsterapeut ansvarar för att genomföra och följa upp bedömningar av aktivitetsförmåga. Bedömningsinstrument som kan användas är Sunnaas ADL-index eller ADL-taxonomin.

Sjukgymnast ansvarar för att genomföra och följa upp funktionsbedömningar.

Bedömningsinstrument som kan användas är Bergs balanstest, GMF (Generell Motorisk Funktionsbedömning), TUG (Timed Up and Go) och/eller Modifierat Chair-Stand Test.

Beroende på svar planeras och genomförs kontakt med andra professioner. Dokumentation av bedömning, åtgärder och fortsatt planering dokumenteras av respektive yrkesgrupp.

Prevention

Trycksårsbedömning enligt RBT-skalan (Riskbedömning Trycksår) eller Modifierad Nortonskala

Sjuksköterska ansvarar för att genomföra och följa upp riskbedömning för trycksår. Beroende på svar planeras och genomförs kontakt med andra professioner. Bedömning, åtgärder och fortsatt planering dokumenteras av respektive yrkesgrupp.

Fallriskbedömning

Bedömning görs för att identifiera fallrisk och för att förebygga fallskada. För att minska risken för fall behövs en samlad bedömning från olika professioner. Sjuksköterskan ansvarar för att hålla ihop teamets samlade bedömning. Beroende på svar planeras och genomförs kontakt med andra professioner. Bedömning, åtgärder och fortsatt planering dokumenteras av respektive yrkesgrupp.

Dokumentation av TryggVE- information

Varje vårdgivare ansvarar för att dokumentera enligt ordinarie rutiner [6].

Sjukhuset använder en tvärprofessionell TryggVE- journal där varje yrkeskategori dokumenterar planering, genomförande, resultat och förslag till uppföljning.

Inom **Primärvården Södra Älvsborg** dokumenterar utsedd sjuksköterska TryggVE-information i en särskild omvårdnadsmall (ÄDSK) som ingår i ordinarie journalsystem. Privata vårdgivare dokumenterar enligt interna rutiner.

Kommunerna dokumenterar i sina befintliga dokumentationssystem.

Dokumentation av bedömning, åtgärder och fortsatt planering dokumenteras av respektive yrkesgrupp inom både primärvården och kommunerna.

Överföring av TryggVE- information mellan vårdgivare

Arbetet enligt TryggVE- modellen fortsätter kontinuerligt oavsett var i vårdkedjan patienten befinner sig. Detta innebär att övertagande vårdgivare tar vid och fullföljer arbetet enligt TryggVE- modellen [7].

Informationen förmedlas enligt fastställda informationsöverföringsrutiner mellan vårdgivare:

- Samordnad vårdplanering - SVPL, Gemensam rutin för Västra Götaland.
- Rutiner för överrapportering avseende arbetsterapi och sjukgymnastik vid utskrivning från sjukhus
- Regional tillämpning med lokala tillägg för Södra Älvsborg Samordnad vårdplanering - SVPL gemensam rutin i Västra Götaland samt IT stödet KLARA SVPL

För samtliga patienter som omfattas av TryggVE- modellen gäller följande:

- TryggVE- informationen skickas från sjukhus till primärvårdens både offentliga och privata utförare (vårdenhet där patienten är listad).
- TryggVE- informationen skickas från sjukhuset till kommunen när patienten har insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL) [3] och/eller är inskriven i hemsjukvården.
- TryggVE-informationen om vilka insatser som gjorts i hemmet rapporteras till sjukhuset om en TryggVE-patient blir inlagd.

Genomförande

Varje vårdgivare tar fram egna rutiner för arbetets utförande enligt TryggVE- modellen.

Uppföljning

Checklista TryggVE

Checklistan kommer att användas som underlag i utvärderingen av TryggVE- modellen.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Riktlinjen är framtagen av projektledningen som består av representanter från SÄS och Alingsås lasarett, kommunerna och primärvården i Södra Älvsborg

Remissinstanser

Styrgruppen för TryggVE

Nyckelord

TryggVE, multisjuk, multiviktande äldre

Referensförteckning

- 1) SOSFS 2005:12, Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården
- 2) SFS 1982:763, Hälso- och sjukvårdslagen
- 3) SFS 2001:453, Socialtjänstlag
- 4) Äldre och läkemedel. Strategi för Västra Götalandsregionen – 2008-2012
- 5) Regional handlingsplan för äldre och läkemedel, 2011-2012
- 6) SOSFS 2008:14, Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården
- 7) SOSFS 2005:27, Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård

Länkförteckning

- Information om TryggVE – www.narvardssamverkan-sodra-aelvsborg.vgregion.se
- Äldre och läkemedel. Strategi för Västra Götalandsregionen – 2008-2012
<http://vgr.se/upload/Geriatrik,%20Christina%20Eskilsson/%C3%84ldre%20%20och%20%C3%A4kemedel.pdf>
- Regional handlingsplan för äldre och läkemedel 2011-2012
<http://epi.vgregion.se/upload/L%C3%A4kemedel/%C3%A4ldre%20och%20%C3%A4kemedel/Regional%20handlingsplan%20%C3%A4ldre%20och%20%C3%A4kemedel.pdf>