



TryggVE-modellen

Manual för omhändertagande av patient

INNEHÅLLSFÖRTECKNING FEL! BOKMÄRKET ÄR INTE DEFINIERAT.

Förord	4
Lokala rutiner	4
Förutsättningar	5
Identifiering av TryggVE	5
Sjukhus	5
Primärvård	5
Kommun	5
Sjukhus	5
Primärvård	6
Kommun	6
Genomförande	6
TryggVE-modellens arbetsområden	6
Trygghet	6
Sjukhus	6
Primärvård	6
Kommun	7
Psykisk hälsa	7
HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)	7
AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)	9
MMT (Mini Mental Test) och klocktest	9
Läkemedel	10
Läkemedelsberättelse	11
Läkemedelsavstämning	11
Symtomskattning	12
Aktuell läkemedelslista	13
Olämpliga läkemedel	14
Nutrition	15
MNA (Mini Nutritional Assessment)	15
Rehabilitering	16
ADL-taxonomin	16
Sunnaas ADL-index	17
Bergs balanstest	17
GMF (Generell Motorisk Funktionsbedömning)	17
TUG (Timed up and go)	18
Modifierat Chair-Stand Test (5 uppresningar på tid)	18
Prevention	19
Trycksårsbedömning enligt RBT-skalan (Riskbedömning Trycksår)	19
Fallriskbedömning	19
Dokumentation av TryggVE-information	20

Överföring av TryggVE-information mellan vårdgivare	21
Informationsöverföring av TryggVE-information i KLARA SVPL:	21
Vårdbegäran	21
Kallelse och underlag till vårdplanering.....	21
Vårdplan	21
Markering om TryggVE i patientjournalen	22
TryggVE-patient som har insatser enligt socialtjänstlagen men inte är inskriven i hemsjukvården	23
TryggVE-patient i primärvården som skrivs in i hemsjukvården.....	23
TryggVE-patient som har insatser enligt socialtjänstlagen men inte är inskriven i hemsjukvården	24
TryggVE-patient som är inskriven i hemsjukvården, i ordinärt eller särskilt boende	24
TryggVE-patient som vistas på korttidsenhet	25
Avslut av TryggVE-patient	25
Uppföljning	25
Uppföljning av TryggVE-modellen	25
Checklista TryggVE	25
Dokumentinformation	26
Remissinstanser	26
Fastställt av.....	26
Referensförteckning.....	26
Länkförteckning.....	26

Förord

Arbetet enligt TryggVE-modellen syftar till att förbättra vården och omhändertagandet av multisjuka och multisviktande äldre. TryggVE-patienten har en skör och föränderlig livssituation där vårdbehovet kan vara svårdefinierat.

Nätverket TryggVE som består av kontaktpersoner från de olika vårdgivarna har varit med och tagit fram riktlinjen ”TryggVE-modellen - Riktlinjer för omhändertagande av patient”. Dokumentet är gemensamt för sjukhus, primärvård och kommuner i Södra Älvsborg och innehåller bakgrund och utgångspunkter till verksamheterna om vad ett omhändertagande av TryggVE-patienten innebär.

Detta underlag till lokal instruktion, ”TryggVE-modellen - Manual för omhändertagande av patient” beskriver, tillsammans med lokala rutiner för respektive verksamhet, det praktiska arbetet enligt TryggVE-modellen. Varje vårdgivare ska komplettera manualen med lokala rutiner. Till manualen finns även ett underlag som stöd för upprättande av de lokala riktlinjerna (bilaga 1).

Checklista TryggVE är framtagen för att användas som stöd och underlag för utvärdering i projektet. Som hjälp vid användning av checklistan finns instruktionen ”Checklista TryggVE - instruktioner för ifyllnad”.

Lokala rutiner

Då varje verksamhet/kommun/kommundel har olika rutiner för kommunikation och dokumentation, både mellan vårdgivare och inom den egna verksamheten, behövs lokalt anpassade rutiner som stöd i arbetet att omhänderta patienter enligt TryggVE-modellen.

Lokala rutiner:

- Fylls i av respektive verksamhet/kommun/kommundel.
- Verksamhetens kontaktperson/kontaktpersoner i Nätverket TryggVE ansvarar för att vara sammankallande för en arbetsgrupp som arbetar fram de lokala rutinerna.
- Implementeras i verksamheten enligt verksamhetsledningens riktlinjer.

Bedömningsinstrument och skattningsskalor ska finnas i respektive verksamhet. Vissa instrument och skalor finns tillgängliga på hemsidan.

För frågor rörande instruktionen hänvisas till verksamhetens kontaktperson i nätverket TryggVE eller projektledningen.

Förutsättningar

Identifiering av TryggVE

Identifiering av TryggVE-patient ska ske där patienten befinner sig, dvs i kommun, primärvård eller på sjukhus.

Sjukhus

Patienter som uppfyller kriterierna för TryggVE identifieras på akutmottagning, vårdplaneringsenhet, vårdavdelning samt via datautsökning.

Primärvård

Utsedd sjuksköterska, får kännedom om patienterna som uppfyller kriterierna för TryggVE-modellen via bedömning vid besök, samordnad vårdplanering eller via journalsystemet.

Kommun

Utsedd sjuksköterska, får kännedom om patienterna som uppfyller kriterierna för TryggVE-modellen via bedömning vid besök, samordnad vårdplanering eller via journalsystemet.

Teamet kring patienten - organisation

Verksamhetens/kommunens/kommundelens lokala rutiner för tvärprofessionell samverkan beskrivs hos varje vårdgivare.

Sjukhus

Teamet kring TryggVE-patienten består av apotekare, arbetsterapeut, läkare, sjukgymnast, sjuksköterska och undersköterska. Teamet genomför bedömningar, dokumenterar och överrapporterar information via TryggVE-anteckning i journalen. Teamet tar även fram underlag inför vårdplanering samt deltar i vissa vårdplaneringar. Äldrepsykiatriska teamet (ÄPT) och dietistenheten konsulteras vid behov.

Primärvård

Utsedd sjuksköterska, ansvarar för att erbjuda besök för genomförande av screeningar med bedömningsinstrumenten för patienter som inte har kommunal hemsjukvård. Arbetsterapeut och sjukgymnast kontakter patienten och erbjuder bedömning av aktivitets- och funktionsförmåga. Läkaren i primärvården är som regel patientansvarig läkare (PAL) och har det övergripande medicinska ansvaret. Dokumentation sker i ordinarie journalsystem under speciellt framtagna kontaktregistreringar och sökord.

Hos privata vårdgivare handläggs TryggVE-patienter enligt interna rutiner.

Kommun

Sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast ansvarar för att genomföra screeningar med bedömningsinstrumenten för patienter som har kommunal hemsjukvård.

Biståndshandläggare ansvarar för sociala insatser för samtliga patienter. Dokumentation sker i ordinarie journalsystem.

Genomförande

TryggVE-modellens arbetsområden

Trygghet

Känslan av trygghet är individuell, subjektiv och situationsbunden. För att följa upplevelsen av trygghet ställs frågor till patienten.

Sjukhus

Information samt telefonnummer om vart han/hon kan vända sig vid frågor som rör hälso- och sjukvård lämnas till alla patienter. Frågan om trygghet i vardagen ställs vid varje besök. VAS-skalan används.

Primärvård

Efter utskrivning från sjukhus tas telefonkontakt med patienten inom 48 timmar. För att öka patientens trygghet erbjuds besök. Information och telefonnummer lämnas dit patienten kan vända sig vid frågor som rör hälso- och sjukvård samt socialtjänst. VAS-skalan används för att mäta patientens upplevelse av trygghet.

Kommun

För att öka patientens trygghet vid utskrivning från sjukhus kontaktas patienten inom 48 timmar genom hembesök eller telefonkontakt. Information och telefonnummer lämnas till patienten om vart han/hon kan vända sig vid frågor som rör hälso- och sjukvård och socialtjänst. VAS-skalan används för att mäta patientens upplevelse av trygghet.

Instrument:

Frågor om trygghet:

- Hur trygg känner du dig här och nu?
- Hur trygg känner du dig normalt i din hemsituation?
- Vem vänder du dig till vid frågor som rör hälso- och sjukvård och sociala frågor?

VAS-skalan, där 0 är total otrygghet och 10 är fullständig trygghet, kan användas.

Utförare:

Alla professioner beaktar trygghetsaspekten. Beroende på svar planeras och genomförs åtgärder och vid behov tas kontakt med andra professioner. Dokumentation av bedömning, åtgärder och fortsatt planering dokumenteras av respektive profession; arbetsterapeut, biståndshandläggare, läkare, sjukgymnast och sjuksköterska. Sjuksköterskan ansvarar för samordning med övriga professioner.

Uppföljning:

Respektive profession följer upp planerade åtgärder.

❶ Se "Underlag vid upprättande av lokala rutiner för verksamheten"

Psykisk hälsa

HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Utförs på alla patienter för att upptäcka under- och svårdiagnosticerad depression/ångestsjukdom.

Utförare:

Sjuksköterska eller läkare

Uppföljning:

Läkare har ansvar för bedömning av resultat och fortsatta åtgärder.

Dokumentation:

Läkare och sjuksköterska dokumenterar resultatet av genomförd bedömning.

Sjukhus

När HAD utförs på sjukhuset och resultatet ger utslag kontaktas patientansvarig läkare. Läkaren tar ställning till om behandling ska påbörjas på sjukhuset. Remiss skickas till primärvården för uppföljning efter utskrivning. Vid höga poängvärden på HAD skrivs remiss till äldrepsykiatriska teamet (ÄPT), som följer upp patienten med hembesök efter utskrivning.

Enligt en lokal riktlinje på SÄS från Förstämningssprocessen ska två frågor gällande hopplöshet och likgiltighet besvaras av alla patienter. Dessa frågor exkluderar inte skattning med HAD.

Primärvård

Om HAD inte har utförts på sjukhuset planerar utsedd sjuksköterska att genomföra HAD. När HAD är utförd på sjukhuset och resultatet gett utslag planeras uppföljning med en ny HAD av utsedd sjuksköterska.

I samråd med läkare och patient planeras när bedömning, insats och uppföljning ska göras.

Kommun

Om HAD inte har utförts på sjukhuset planerar utsedd sjuksköterska att genomföra HAD. När HAD är utförd på sjukhuset och resultatet gett utslag planeras uppföljning med en ny HAD av utsedd sjuksköterska.

I samråd med PAL och patient planerar sjuksköterskan när bedömning, insats och uppföljning ska göras.

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Utförs på alla patienter för att upptäcka överkonsumtion av alkohol.

Utförare:

Sjuksköterska

Uppföljning:

Läkare har ansvar för bedömning av resultat och fortsatta åtgärder.

Dokumentation:

Läkare och sjuksköterska dokumenterar resultatet av genomförd bedömning.

Sjukhus

Vid höga poängvärden kontaktas ansvarig läkare för vidare bedömning och åtgärd.

Primärvård

I samråd med PAL och patient planerar sjuksköterskan när bedömning, insats och uppföljning ska göras.

Kommun

I samråd med PAL och patient planerar sjuksköterskan när bedömning, insats och uppföljning ska göras.

MMT (Mini Mental Test) och klocktest

Görs vid misstanke om demenssjukdom.

Utförare:

Sjuksköterska, läkare, arbetsterapeut

Uppföljning:

Läkare har ansvar för bedömning av resultat och fortsatta åtgärder.

Dokumentation:

Sjuksköterska, läkare och arbetsterapeut.

Sjukhus

Om det finns misstanke om demenssjukdom och om patienten kan få bästa möjliga förutsättningar kan MMT och klocktest utföras på sjukhus.

När MMT och klocktest utförs på sjukhus och resultatet ger utslag, kontaktas patientansvarig läkare. Remiss skickas till primärvården för uppföljning efter utskrivning. Om MMT inte har utförts men behov finns, framgår det av TryggVE-journalen.

Primärvård

Vid misstanke om demenssjukdom planeras och utförs MMT och klocktest. Resultatet kommuniceras med läkaren som tar ställning och beslutar om fortsatta åtgärder. I samråd med läkare och patient planerar sjuksköterskan när bedömning, insats och uppföljning ska göras.

Kommun

Vid misstanke om demenssjukdom planeras och utförs MMT och klocktest. Resultatet kommuniceras med läkaren som tar ställning och beslutar om fortsatta åtgärder. I samråd med PAL och patient planerar sjuksköterskan när bedömning, insats och uppföljning ska göras.

📌 Se "Underlag vid upprättande av lokala rutiner för verksamheten"

Läkemedel

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 [1].

De viktigaste åtgärderna för en förbättrad läkemedelsanvändning handlar om att markera:

- antikolinerga läkemedel, som kan påverka minnet och öka risken för muntorrhet
- NSAID som påverkar blödningsrisk och försämrar njurfunktionen
- Bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande substanser som ökar fallrisken och endast rekommenderas att användas som korttidsmedicinering
- Opioider som kan orsaka förstoppning och risk för påverkan på minnet.

Vid oklar indikation för protonpumpshämmare dokumenteras detta för att minska multimedicingen. Som bakgrund är det känt att många äldre får mindre produktion av

saltsyra. Läkemedelsekonomi hanterar alla ekonomiska förslag och ofta styrs behandlingen mot rekommenderade preparat (Västra Götalandsregionens REK-lista) eller förändrade dosrekommendationer.

Läkemedelsberättelse

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

Utförare:

Läkare på sjukhus.

Uppföljning:

Läkare.

Dokumentation:

Ansvarig läkare på sjukhus dokumenterar i den medicinska epikrisen.

Läkemedelsavstämning

Läkemedelsavstämning är en arbetsmetod för att förebygga läkemedelsfel såväl vid vårdtillfället som i vårdens övergångar. Metoden sträcker sig genom hela läkemedelsprocessen, d.v.s. från att patienten tar kontakt med vårdenheten till dess att kontakten avslutas för att skrivas in vid annan vårdenhet eller avslutas. Läkare har ansvar för genomförande, bedömning av resultat och fortsatta åtgärder.

Utförare:

Läkare.

Uppföljning:

Läkare.

Dokumentation:

Ansvarig läkare dokumenterar i en daganteckning som lämnas till ansvarig sjuksköterska i kommunen.

Sjukhus

Sjukhuset följer SKL-mallen (Sveriges Kommuner och Landsting) som innebär att när patienten kommer till vårdavdelningen ska patientens alla läkemedel dokumenteras i journalens läkemedelsmodul. Naturläkemedel och receptfria läkemedel kan ingå om behov finns. Alla ändringar i terapin dokumenteras löpande för att en uppdaterad läkemedelslista alltid ska finnas tillgänglig. Vid utskrivning ska alla förändringar dokumenteras i läkemedelsberättelsen.

Primärvård

Inom primärvården görs läkemedelsavstämningar en gång årligen för personer över 75 år och inom tre månader när en patient flyttat in på särskilt boende.

Utsedd sjuksköterska gör en läkemedelsgenomgång, där patienten berättar vilka läkemedel han/hon tar. Jämförelse görs med patientens läkemedelslista och den som finns på vårdcentralen. Symtomskattning är också en del av denna dialog. Resultatet rapporteras till PAL inför läkemedelsavstämningen.

Kommun

Sjuksköterskan kontrollerar att patienten har en aktuell läkemedelslista. Symtomskattning i samband med läkemedelsavstämning planeras i samråd mellan ansvarig läkare och kommunens sjuksköterska. Kommunens sjuksköterska ansvarar för planering och genomförande av symtomskattning.

Symtomskattning

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

Utförare:

Sjuksköterska ansvarar för planering och genomförande

Uppföljning:

Ansvarig läkare gör en bedömning av symtomskattningen, eventuella åtgärder samt planerar hur uppföljning ska ske.

Dokumentation:

Ansvarig läkare dokumenterar i en daganteckning som lämnas till ansvarig sjuksköterska i kommunen. Sjuksköterska dokumenterar enligt lokal rutin.

Sjukhus

Symtomskattning kan göras på sjukhus i vissa fall. Denna görs då av sjuksköterska som kommunicerar till PAL för bedömning, dokumentation och eventuella åtgärder.

Primärvård

För TryggVE-patient genomförs symtomskattning av utsedd sjuksköterska vid genomgången av vilka läkemedel patienten tar. Resultatet rapporteras till PAL inför läkemedelsavstämningen.

Ansvarig läkare gör en bedömning av symtomskattningen. Eventuella åtgärder och uppföljning återförs till utsedd sjuksköterska.

Kommun

Symtomskattning i samband med läkemedelsavstämning planeras i samråd mellan ansvarig läkare och kommunens sjuksköterska. Kommunens sjuksköterska ansvarar för planering och genomförande av symtomskattning.

Aktuell läkemedelslista

Läkare har ansvar för att patienten har en aktuell läkemedelslista. Detta förutsätter att dialog förs och att överrapportering sker vid byte av vårdgivare.

Utförare:

Läkare.

Uppföljning:

Läkare.

Dokumentation:

Ansvarig läkare dokumenterar i en daganteckning som lämnas till ansvarig sjuksköterska i kommunen.

Sjukhus

Sjukhusets vårdavdelningar arbetar med det åtgärdsprogram som SKL tagit fram – förebygg läkemedelsfel i vårdens övergångar. Se ovan under rubrik [Läkemedelsberättelse](#) respektive [Läkemedelsavstämning](#). Ansvarig läkare tar ställning till aktuell läkemedelslista och eventuellt gjorda läkemedelsförändringar. Om patienten har apodos ska detta uppdateras, läkemedel skickas med tills nästa dostillfälle.

Vid "övertaget läkemedelsansvar" informeras primärvårdsläkare och ansvarig sjuksköterska i kommunen och/eller andra som medverkar i patientens vård. Primärvården informeras alltid om patienten vårdplaneras. Aktuell läkemedelslista samt utskrivningsmeddelande ska faxas senast samma dag som patienten skrivs ut. Informationen skickas även med patienten vid utskrivning eller överflyttning till annan vårdgivare.

Primärvård

Uppdatering av patientens läkemedelslista krävs efter sjukhusvistelse med ställningstagande till vilken medicinering patienten bör ha. Vid uppföljningen efter sjukhusvistelsen säkerställs att patienten är informerad om vilken läkemedelslista som är aktuell samt att läkemedelslistan från sjukhuset förs in i vårdcentralens journal.

Kommun

När patienten är inskriven i hemsjukvården och ansvaret för läkemedelshantering är övertaget, ansvarar sjuksköterskan för att en aktuell läkemedelslista finns hos patienten och att den skickas med vid byte av vårdgivare.

Olämpliga läkemedel

De viktigaste åtgärderna för en förbättrad läkemedelsanvändning handlar om att markera läkemedel som kan påverka minnet samt öka risken för fall och muntorrhet. Särskild uppmärksamhet läggs på läkemedel med antikolinerga effekter, bensodiazepiner, NSAID, PPI och polyfarmaci.

Läkare ansvarar för identifiering av läkemedel som kan vara riskfyllda för äldre samt ansvar för bedömning av resultat och fortsätta åtgärder.

Sjukhus

Apotekare har till uppgift att bedöma läkemedlen ur ett helhetsperspektiv och kan uppmärksamma förskrivaren på olämpliga kombinationer. Detta görs genom att läkemedelslistan går igenom utifrån ett flertal standardiserade och testade parametrar. Uppmärksamhet på överdosering, underdosering, indikation för läkemedlet, interaktioner, biverkningar, läkemedelsekonomi, vissa grupper av läkemedel som erfarenhetsmässigt kan orsaka problem hos äldre. Apotekaren ger också individuellt anpassade råd kring problem med läkemedelshantering.

Primärvård

Om det vid screening har uppmärksammats att patienten har riskfyllda läkemedel/läkemedelskombinationer tar sjuksköterskan upp det med ansvarig läkare för bedömning.

Kommun

Om det vid screening har uppmärksammats att patienten har riskfyllda läkemedel/läkemedelskombinationer, tar sjuksköterskan upp det med ansvarig läkare för bedömning.

❶ Se "Underlag vid upprättande av lokala rutiner för verksamheten"

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 insatser och kontakt tas med andra professioner. Dokumentation av bedömning, åtgärder och fortsatt planering görs av respektive profession.

Utförare:

Sjuksköterska eller dietist

Uppföljning:

Sjuksköterska eller dietist

Dokumentation:

Sjuksköterska eller dietist

Sjukhus

MNA görs på alla TryggVE-patienter, fördjupade frågor ställs när låga poäng upptäcks initialt. Kostråd och fördjupade kostråd ges. Vid poäng som indikerar undernäring kontaktas dietist. I de fall det inte går att genomföra MNA, görs istället en kostregistrering.

Primärvård

Om MNA visar på risk för undernäring när det utförts på sjukhus, planeras uppföljning av planerade åtgärder. Om MNA inte är utförd på sjukhus görs nutritionsbedömning när utsedd sjuksköterska träffar patienten.

Kommun

Om MNA visar på risk för undernäring när det utförts på sjukhus, planeras uppföljning av planerade åtgärder. Om MNA inte är utförd på sjukhus ansvarar sjuksköterska för nutritionsbedömning i hemmet eller på korttidsvårds-enhet.

❶ Se "Underlag vid upprättande av lokala rutiner för verksamheten"

Rehabilitering

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

Beroende på resultat tas kontakt med kollegor alternativt andra professioner.

Dokumentation av bedömning, åtgärder och fortsatt planering görs av respektive profession.

ADL-taxonomin

Används för att bedöma en persons aktivitetsförmåga.

Utförare:

Arbetsterapeut

Uppföljning:

Arbetsterapeut

Dokumentation:

Sjukhuset dokumenterar i TryggVE-journalen. Kommun och primärvård dokumenterar i ordinarie journalsystem.

Sunnaas ADL-index

Används för att bedöma en persons aktivitetsförmåga.

Utförare:

Arbetsterapeut

Uppföljning:

Arbetsterapeut

Dokumentation:

Sjukhuset dokumenterar i TryggVE-journalen. Kommun och primärvård dokumenterar i ordinarie journalsystem.

Sjukgymnast ansvarar för att genomföra och följa upp funktionsbedömningar.

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

Beroende på resultat tas kontakt med kollegor alternativt andra professioner.

Dokumentation av bedömning, åtgärder och fortsatt planering görs av respektive profession.

Bergs balanstest

Används för att bedöma äldre personers balansförmåga.

Utförare:

Sjukgymnast

Uppföljning:

Sjukgymnast

Dokumentation:

Sjukhuset dokumenterar i TryggVE-journalen. Kommun och primärvård dokumenterar i ordinarie journalsystem.

GMF (Generell Motorisk Funktionsbedömning)

Används för att bedöma en persons hjälpberoende, självupplevd smärta och otrygghet.

Utförare:

Sjukgymnast

Uppföljning:

Sjukgymnast

Dokumentation:

Sjukhuset dokumenterar i TryggVE-journalen. Kommun och primärvård dokumenterar i ordinarie journalsystem.

TUG (Timed up and go)

Används för att bedöma äldre personers balans, gång och funktionell förflyttningsförmåga.

Utförare:

Sjukgymnast

Uppföljning:

Sjukgymnast

Dokumentation:

Sjukhuset dokumenterar i TryggVE-journalen. Kommun och primärvård dokumenterar i ordinarie journalsystem.

Modifierat Chair-Stand Test (5 uppresningar på tid)

Används för bedömning av benstyrka och balans.

Instrumentet Modifierat Chair-Stand Test finns på Borås stads webbplats på adress:

Utförare:

Sjukgymnast

Uppföljning:

Sjukgymnast

Dokumentation:

Dokumentation görs i ordinarie journalsystem.

❗ Se "Underlag vid upprättande av lokala rutiner för verksamheten"

Prevention

Trycksårsbedömning enligt RBT-skalan (Riskbedömning Trycksår)

Sjuksköterska ansvarar för att genomföra och följa upp riskbedömning för trycksår. Beroende på svar planeras och tas kontakt med andra professioner. Dokumentation av bedömning, åtgärder och fortsatt planering dokumenteras av respektive profession.

Utförare:

Sjuksköterska

Uppföljning:

Sjuksköterska

Dokumentation:

Sjuksköterska

Sjukhus

RBT görs på alla patienter. Åtgärd efter poäng.

Primärvård

Sjuksköterska ansvarar för att genomföra och följa upp riskbedömning för trycksår.

Kommun

Sjuksköterska ansvarar för att genomföra och följa upp riskbedömning för trycksår. Arbetsterapeut gör bedömning av patientens sittställning och åtgärdar utifrån patientens behov. Sjukgymnast ansvarar för rörelseträning och viloställningar.

Sjuksköterska informerar övriga i teamet på planerade teammöten eller rehab-möten. Om behovet är av mer akut karaktär meddelas berörda via telefon eller fax.

❗ Se "Underlag vid upprättande av lokala rutiner för verksamheten"

Fallriskbedömning

Bedömning görs för att identifiera fallrisk och 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 tas kontakt med andra

professioner. Dokumentation av bedömning, åtgärder och fortsatt planering görs av respektive profession.

Utförare:

Sjuksköterska samordnar teamets bedömningar och åtgärder. Varje profession dokumenterar sina bedömningar i respektive journal.

Uppföljning:

Arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska

Dokumentation:

Sjuksköterska dokumenterar resultatet av fallriskbedömningen.

Sjukhus

Sjukgymnastbedömning enligt ovan "Förebygg fall och fallskador i samband med vård" enligt SKL används.

Primärvård

Utsedd sjuksköterska, eller annan utsedd sjuksköterska, gör fallriskbedömning utifrån sin profession och för dialog med övriga professioner efter behov.

Kommun

För att förebygga fallskador, och de allvarliga konsekvenser dessa för med sig för den enskilde, måste all personal inom äldre- och handikappomsorgen hela tiden arbeta aktivt med förebyggande arbete. Alla fallavvikelser ska analyseras för att förebygga en upprepning.

❶ Se "Underlag vid upprättande av lokala rutiner för verksamheten"

Dokumentation av TryggVE-information

Varje vårdgivare ansvarar för att journalföra aktuella uppgifter enligt verksamhetens rutiner.

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

I Primärvården Södra Älvsborg samordnar utsedd sjuksköterska TryggVE-information i en omvårdnadsmall (ÄDSK). Privata vårdgivare dokumenterar enligt interna rutiner.

Kommunerna dokumenterar i befintliga dokumentationssystem.

Dokumentation av bedömning, åtgärder och fortsatt planering dokumenteras av respektive profession 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.

Mellan vårdgivarna kan bedömningarna vara utförda, ej utförd eller ej aktuell. *Ej utförd* innebär att bedömningen inte har kunnat genomföras av något skäl. Mottagande enhet fortsätter med uppföljning och planering av bedömning. *Ej aktuell* innebär att bedömningen inte bedöms vara relevant att göra vid det aktuella tillfället. Mottagande enhet tar ställning till uppföljning av bedömning.

Informationen förmedlas enligt fastställda informationsöverföringsrutiner mellan vårdgivare:

- **Samordnad vårdplanering - SVPL. Gemensam rutin i Västra Götaland**

Informationsöverföring av TryggVE-information i KLARA SVPL:

I den gemensamma rutinen för samordnad vårdplanering samt IT-stödet KLARA SVPL, har det gjorts följande lokala tillägg för ReKo Sjuhärad.

Vårdbegäran

Under fältet "Hälso- och sjukvårdsinsatser" ska det framgå om patienten är en TryggVE-patient, om patienten har öppen retur till viss avdelning eller har kontakt med palliativa resursteamet. Vårdbegäran ska aviseras från kommunernas eller primärvårdens huvudinkorg.

Kallelse och underlag till vårdplanering

Av kallelsen i fältet "Patientens bedömda behov" ska det framgå om patienten är en TryggVE-patient, om patienten har öppen retur till viss avdelning eller har kontakt med palliativa resursteamet.

Vårdplan

Av vårdplanen, gemensam flik, i fältet "Patientens bedömda behov" ska det framgå om

patienten är en TryggVE-patient, om patienten har öppen retur till viss avdelning eller har kontakt med palliativa resursteamet.

- Se lokal rutin "Rutiner för överrapportering avseende arbetsterapi och sjukgymnastik vid utskrivning från SÄS"
- Se rutin "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 sjukhuset 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 och/eller är inskriven i hemsjukvården.
- TryggVE-informationen om vilka insatser som gjorts i hemmet rapporteras till sjukhuset om en TryggVE-patient blir inlagd.

Vårdbegäran kan kompletteras med TryggVE-information via ett administrativt meddelande i KLARA SVPL

Markering om TryggVE i patientjournalen

Hantering av TryggVE-journalen beskrivs nedan.

TryggVE-patienten ska vara identifierad genom vårdkedjan. Därför är det viktigt att det klart framgår i dokumentationen, så att berörda professioner vet vem som är TryggVE-patient.

📌 Se "Underlag vid upprättande av lokala rutiner för verksamheten"

Sjukhus

I sjukhusets dokumentationssystem Melior finns en egen aktivitet som heter *TryggVE*, som är gemensam för teamet kring TryggVE-patienten. Under rubriken *Sammanfattning* skrivs det som teamet vill tydliggöra, t.ex. uppmaning till

uppföljning av något eller några bedömningsresultat. TryggVE-journalen faxas till övertagande vårdgivare.

Primärvård

TryggVE-journalen faxas från sjukhuset till primärvården. Primärvården ansvarar för patientens hälso- och sjukvårdsinsatser när patienten inte är inskriven i hemsjukvården.

Faxmottagaren börjar fylla i "Checklista TryggVE" för att samla information om TryggVE-patienten.

Utsedd sjuksköterska tar emot TryggVE-journalen. Han/hon ansvarar för:

- att märka journalen
- att alltid vidarebefordra journalen (fax/personligt) till arbetsterapeut och sjukgymnast
- inscanning av TryggVE-journalen i primärvårdens journalsystem.

Privata vårdgivare dokumenterar och märker journal enligt interna rutiner.

TryggVE-patient som har insatser enligt socialtjänstlagen men inte är inskriven i hemsjukvården

Primärvården ansvarar för patientens hälso- och sjukvårdsinsatser. Utsedd sjuksköterska är PAS/OAS. När patienten har insatser från Socialtjänstlagen (SoL) är det biståndshandläggare som är kommunens kontaktperson. Utsedd sjuksköterska och biståndshandläggaren samverkar [3].

TryggVE-patient i primärvården som skrivs in i hemsjukvården

När en patient blir inskriven i hemsjukvården ansvarar primärvården enligt gällande rutiner (Informationsöverföring mellan kommun och primärvård) för att överrapportera aktuell TryggVE-information till kommunen. Fax/telefonlista till kommun/kommundel ska finnas.

Kommun

Rutiner för TryggVE-journal från sjukhus

Faxmottagare av TryggVE-journal börjar fylla i "Checklista TryggVE" för att samla information om TryggVE-patienten. Lokala rutiner beskriver hur TryggVE-information hanteras i kommun/kommundel.

Mottagare av TryggVE-journal i kommun

Idag faxas TryggVE-journaler till kommunerna från sjukhus när patienten har insatser, antingen enbart från Socialtjänstlagen och/eller hemsjukvården. Faxning sker enligt överenskommen fax-lista, vilket innebär att ett eller två faxnummer/kommun/kommundel används. Den som är faxmottagare i kommun/kommundel ansvarar för att berörd sjuksköterska/biståndshandläggare/ arbetsterapeut/sjukgymnast får TryggVE-journalen så snart som möjligt.

TryggVE-patient som har insatser enligt socialtjänstlagen men inte är inskriven i hemsjukvården

Primärvården ansvarar för patientens hälso- och sjukvårdsinsatser. Om patienten har insatser från Socialtjänstlagen (SoL) är det biståndshandläggare som är kommunens kontaktperson. Biståndshandläggaren ansvarar för att:

- journalen märks med TryggVE enligt lokala rutiner
- hembesök görs/telefonkontakt tas med patienten inom 48 timmar
- information lämnas till patienten vart hon/han kan vända sig vid sociala frågor [3].

TryggVE-patient som är inskriven i hemsjukvården, i ordinärt eller särskilt boende

För en identifierad TryggVE-patient som bor i ordinärt eller särskilt boende gäller samma rutiner. Märkning i huvudbild, dokumentation och i de fall resultatet av screeningen med bedömningsinstrumenten kräver fortsatta insatser/åtgärder tas de om hand.

För TryggVE-patient som är inskriven i hemsjukvården är patientansvarig sjuksköterska (PAS/OAS), samordningsansvarig för hälso- och sjukvårdsinsatserna enligt TryggVE-modellen.

TryggVE-patient som vistas på korttidsenhet

För en identifierad TryggVE-patient, som vistas på korttidsenhet, gäller samma rutiner som för de som bor i ordinärt- och särskilt boende. Märkning i huvudbild, dokumentation och i de fall resultatet av screeningen med bedömningsinstrumenten kräver fortsatta insatser/åtgärder, tas de om hand. För patienter med växelvård görs överenskommelse mellan patientansvarig sjuksköterska och korttidsenhetens sjuksköterska, vilka bedömningar som genomförs i hemmet och vilka som görs på korttidsenheten.

När patient blir utskriven från hemsjukvården och/eller från korttidsenhet utan hemsjukvård ansvarar kommunen enligt gällande rutiner (informationsöverföring mellan kommun och primärvård) att överrapportera aktuell TryggVE-information till primärvården. I omvårdnadsepikris eller motsvarande görs en sammanfattning av TryggVE-bedömningar (genomförda och/eller planerade) och åtgärder.

Avslut av TryggVE-patient

Gemensamt beslut tas i teamet att patienten inte längre bedöms vara en TryggVE-patient, orsak dokumenteras i journalsystem (t.ex. patienten behöver inte TryggVE-insatser då han efter starroperation nu självständigt klarar sin vardag). Uppdatera dokument där det står att patienten är TryggVE.

❶ Se "Underlag vid upprättande av lokala rutiner för verksamheten"

Uppföljning

Uppföljning av TryggVE-modellen

Det behövs rutiner för att verksamheterna ska kunna veta hur många identifierade TryggVE-patienter som finns och vilka insatser som är gjorda.

Checklista TryggVE

Checklista TryggVE, är framtagen för att samla information om de patienter som omfattas av TryggVE-modellen. Checklistan kommer att användas i kommunerna och primärvården som underlag i utvärderingen.

❶ Se "Underlag vid upprättande av lokala rutiner för verksamheten"

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Projektledningen med representanter från sjukhus, kommuner och primärvård i Södra Älvsborg.

Remissinstanser

Styrgruppen för TryggVE

Fastställt av

Ej fastställt arbetsmaterial

Referensförteckning

Regional handlingsplan för äldre och läkemedel, VG 2008-11-21

Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982.763

Socialtjänstlagen (SoL), SFS 2001:453

Länkförteckning

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, FSA

www.fsa.akademikerhuset.se/forlag

Borås stad, hemrehabprogram (bilaga 4 och 6)

www.boras.se/download/18.6744cfc712ca27ae7cf80002427/Hemrehabprogram.pdf