

# Process att samordna hälso- och sjukvård för patienter med komplexa och omfattande behov - rutin

## Innehållsförteckning

<b>o. Inledning – kort beskrivning av processen .....</b>	<b>3</b>
o.1 Vårdnivå och samverkan.....	3
o.2 Delaktighet, personcentrering och patientkontrakt.....	4
o.3 Samordningsfunktioner.....	4
o.4 Lokalt forum för samordning.....	5
o.5 Samordningsprocessens syfte .....	5
o.6 Samordningsprocessens mål .....	5
o.7 Ingång in i och utgång ur processen.....	5
Ingång in i samordningsprocessen - inklusionskriterier .....	5
Utgång ur samordningsprocessen .....	5
o.8 Samordningsprocessens åtgärder .....	6
<b>1. Identifiera patient med behov.....</b>	<b>7</b>
1.1 Identifiera genom enskild bedömning .....	7
Aktiviteter identifiering - vårdcentral.....	7
Aktiviteter identifiering - kommunal hälso- och sjukvård och omsorg .....	7
Aktiviteter identifiering inom specialiserad vård; akutmottagning, ambulans, vårdavdelning och öppen mottagning .....	8
Aktiviteter identifiering - samtliga .....	8
1.2 Bedömningsverktyg .....	9
1.3 Identifiera proaktivt genom granskning av rapport och kvalitetsregister.....	9
Vårdcentral.....	9
Specialiserad vård.....	9
1.4 Fatta beslut: har patienten komplexa och omfattande behov och föreligger behov av samordning [B]? .....	9
1.5 Bedöma patientens behov utifrån hur brådskande insatserna behövs [C].....	10
Samtliga .....	10
Kommunal hälso- och sjukvård .....	10
1.6 Fatta beslut: är graden av brådskande hög eller inte [D]? .....	10
1.6.1 Direktinläggning/snabbspår .....	10
<b>2. Kartlägga och bedöma patientens behov – klinisk bedömning.....</b>	<b>10</b>



2.1	Genomföra kartläggning och bedömning ur ett helhetsperspektiv.....	10
	Aktiviteter kartläggning och bedömning - vårdcentral.....	11
	Aktiviteter kartläggning och bedömning - kommunal hälso- och sjukvård.....	12
	Aktiviteter kartläggning och bedömning - specialiserad vård .....	12
	Aktiviteter kartläggning och bedömning - samtliga .....	13
	Patientens åtgärder (efter förmåga) .....	13
2.2	Skattnings- och bedömningsverktyg .....	13
<b>3.</b>	<b>Planera patientens vård och behandlings-/ och omvårdnadsinsatser .....</b>	<b>14</b>
	Aktiviteter planera vård och behandlingsinsatser - vårdcentral.....	14
	Aktiviteter planera vård och behandlingsinsatser - specialiserad vård: .....	15
	Aktiviteter planera vård och behandlingsinsatser - kommunal hälso- och sjukvård:.....	15
	Patientens åtgärder (efter förmåga): .....	15
<b>4.</b>	<b>Initiera och kommunicera vård- och behandlings-/ och omvårdnadsinsatser ....</b>	<b>15</b>
	Aktiviteter initiera och kommunicera vård och behandlingsinsatser - vårdcentral och/eller kommunal hälso- och sjukvård .....	15
<b>5.</b>	<b>Följa upp patientens vård-och behandlings-/och omvårdnadsinsatser .....</b>	<b>16</b>
	Aktiviteter följa upp patientens vård och behandlingsinsatser - vårdcentral och/eller kommunal hälso- och sjukvård .....	16
5.1	Fatta beslut om behov av fortsatt samordning [T].....	16
<b>6</b>	<b>Uppföljning och indikatorer för uppföljning .....</b>	<b>17</b>
<b>7</b>	<b>Processledare/processteam .....</b>	<b>18</b>
<b>8</b>	<b>Referenser .....</b>	<b>18</b>
<b>9</b>	<b>Bilagor.....</b>	<b>19</b>

Rubrik:		<b>Version</b>
<b>Rutin - Samordningsprocess för att samordna hälso- och sjukvård för personer med komplexa och omfattande behov</b>		<b>1.0</b>
<b>Dokumenttyp:</b> Rutin	<b>Dokumentnummer</b>	<b>Dokument upprättat av:</b> Helene Bjerstedt, Region Blekinge
<b>Gäller för:</b> Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Blekinge och hälso- och sjukvårdsorganisationerna i Blekinges kommuner		<b>Huvudområde/delområde:</b> Process att samordna patienter med komplexa och omfattande behov, Närsjukvårdsmodell i samverkan Samverkan Blekinge
<b>Dokumentansvarig:</b> Processledare för samordnad hälso- och sjukvård för patienter med komplexa och omfattande behov		<b>Beslut:</b> LSVO
<b>Godkänt datum:</b> 24-02-16		<b>Nästa revidering:</b> 25-02-01

## o. Inledning – kort beskrivning av processen

Samordningsprocessen inom ”Närsjukvårdsmodell i samverkan” beskriver vilka aktiviteter hälso- och sjukvården ska vidta för att samordna vård och omsorg för multisjuka främst äldre personer med komplexa och omfattande behov. Behovet styr, varför inte bara äldre, utan även vuxna personer oavsett ålder, kan vara aktuella för samordning.

Samordningsprocessen ska stärka ett proaktivt arbetssätt och tidigt identifiera sköra personer och personer i riskzonen för att utveckla skörhet. Vidare ge förutsättningar för att samordnade individanpassade insatser planeras utifrån behov samt att patienterna erhåller en strukturerad uppföljning för en god och säker vård.

### o.1 Vårdnivå och samverkan

Målgruppen behöver insatser från flera olika kompetenser, olika vårdnivåer, olika vårdgivare, och olika huvudmän. Samordning och samverkan är därför nödvändigt för att vården ska fungera effektivt och ges i en obruten kedja av de olika huvudmän som ansvarar för insatserna.

Målgruppen behöver identifieras tidigt i hälso- och sjukvårdsorganisationerna inom regionen och i kommunerna.

Primärvården är första linjens vård inom både region och kommun och innefattar flera olika verksamheter. Primärvården tillgodoser behovet av medicinsk bedömning och behandling samt utför omvårdnad och rehabilitering i de fall som detta inte kräver särskilda medicinska och tekniska resurser eller särskild specialiserad kompetens.

Den regionala primärvården har ett särskilt ansvar för samordning och kontinuitet genom fast vårdkontakt och fast läkarkontakt, samt genom läkarstödet till de kommunala hälso- och sjukvårdsorganisationerna (den kommunala primärvården).



Många av de sköraste patienterna med komplexa och omfattande behov får delar av sin vård i ordinärt boende<sup>1</sup> och i särskilt boende, SÄBO<sup>2</sup>, av de kommunala hälso- och sjukvårdsorganisationerna (kommunal primärvård).

I de fall målgruppen erhåller planerade eller akuta insatser från den specialiserade vården, till exempel på vårdavdelningar och öppna mottagningar, ska detta också vägas in i samordningen. Det betyder att ställning ska tas till om patientens plan, efter dessa insatser, behöver uppdateras.

För att kompetenserna i patientens team ska kunna ge en sammanhållen vård behöver det finnas samsyn runt vårdens mål. I teamet ingår patienten och dess närstående. För optimalt omhändertagande behövs kännedom om patientens specifika vård- och omsorgsbehov som är grunden till den medicinska planen. Dessutom krävs samverkan och samordning mellan

- regional primärvård,
- kommunal primärvård och
- specialistsjukvård (utöver den geriatriska verksamheten, palliativmedicinska enheten och akutmottagning även övriga slutenvårdavdelningar och öppna mottagningar).

## 0.2 Delaktighet, personcentrering och patientkontrakt

Hela arbetssättet genomsyras av personcentrering. Patient och närstående ska så långt det är möjligt vara delaktiga och välinformerade om vård och omsorg. Det betyder att den enskildes behov och viljeinriktning ska vara utgångspunkten för de insatser som erbjuds/planeras.

Det är viktigt att det finns tydlighet och samsyn runt vårdens mål vid försämring för patient och närstående, för att lyckas erbjuda en samordnad, individanpassad och personcentrerad vård och omsorg.

Patientkontraktet<sup>3</sup> är av vikt och innebär en delad överenskommelse mellan patienten och vården och omfattar en sammanhållen planering över patientens samtliga vård- och omsorgsinsatser. Det ska stärka patientens delaktighet och samverkan, samt ge förutsättningar för en god tillgänglighet och en samordnad planering.

## 0.3 Samordningsfunktioner

Samtliga kommuner och vårdcentraler i Blekinge ska ha en samordningsfunktion. I regionen ingår detta i hälsovalsuppdraget och ska finnas på privata och offentliga vårdcentraler samt enligt beslut även inom slutenvården. Funktionen bemannas av samordningssköterska som har en viktig roll i innevarande samordningsprocess.

Länsövergripande nätverksmöten sker för samtliga samordningssjuksköterskor för att etablera samma arbetssätt, lärande och erfarenhetsutbyte.

---

<sup>1</sup> I **ordinärt boende** räknas enligt Socialstyrelsen även senior- och trygghetsboende.

<sup>2</sup> **Särskilt boende** är en individuellt inriktad insats i form av boende som ges med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. **Det som inte är särskilt boende räknas som ordinärt boende**

<sup>3</sup> [Patientkontrakt | SKR](#)

## 0.4 Lokalt forum för samordning

I enlighet med arbetsmodellen ”Närsjukvårdsmodell i samverkan” ska lokala samordningsmöten ske regelbundet på gemensamt fastställt tid inom varje kommun. Strukturen kan se olika beroende på till exempel antal vårdcentraler inom respektive kommun. Deltagare är samordningssjuksköterskor från vårdcentral, kommunal hälso- och sjukvård och slutenvård samt läkarstöd från regionen.

## 0.5 Samordningsprocessens syfte<sup>4</sup>

Syftet är att optimera patientens möjlighet att få en sammanhållen sömlös personcentrerad nära vård på rätt vårdnivå, öka proaktiviteten och erbjuda bedömningar och vård- och behandlingsinsatser i rätt tid, på rätt plats, på rätt nivå och med hög kvalitet.

## 0.6 Samordningsprocessens mål<sup>5</sup>

Målet är att

- skapa en ökad trygghet för patient och närstående genom en samordnad, personcentrerad vård på rätt vårdnivå.
- tydliggöra och etablera samsyn på vårdens mål, för att säkerställa att involverade aktörer arbetar åt samma håll och ges förutsättningar att göra rätt från början.

## 0.7 Ingång in i och utgång ur processen

### Ingång in i samordningsprocessen - inklusionskriterier

**Ingång** kan ske vid misstanke om att patienten är en multisjuk person med omfattande och komplexa behov (i regel över 75 år) som uppfyller ett eller flera av nedanstående **kriterier**:

- får 3 poäng eller mer enligt screeninginstrumentet Geriatrisk Riskprofil
- varit inskriven på sjukhus eller sökt akuten tre (3) eller fler gånger det senaste året
- haft fem (5) eller fler läkarbesök på vårdcentralen inom det senaste året eller annat högfrekvent kontaktsökande
- har vårdats eller kan i närtid komma att vårdas på geriatrisk eller likvärdig vårdavdelning
- har akut utökat vård- eller hjälpbehov
- har hemsjukvårdsinsatser i ordinärt eller särskilt boende eller har ett identifierat behov av att få hemsjukvårdsinsatser
- är ansluten till palliativmedicinska enheten

### Utgång ur samordningsprocessen

Utgång ur samordningsprocessen kan ske på något av följande sätt:

---

<sup>4</sup> Mål och syfte för samordningsprocessen är de samma som för hela uppdraget Närsjukvårdsmodell i samverkan

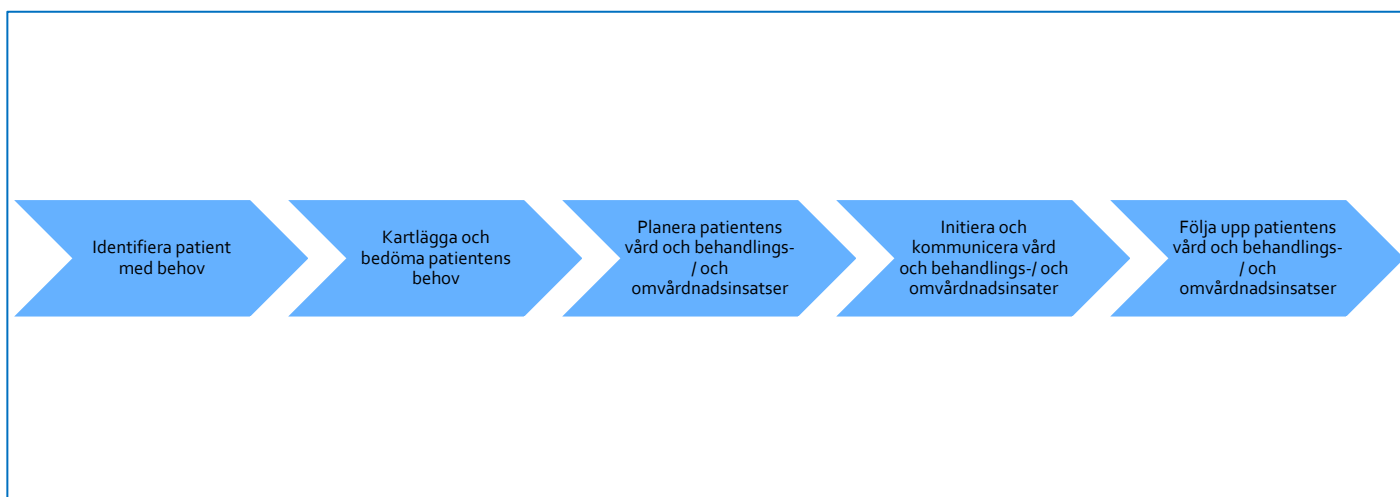
<sup>5</sup> Mål och syfte för samordningsprocessen är de samma som för hela uppdraget Närsjukvårdsmodell i samverkan

- Patientens behov har blivit tillgodosett/upphört genom att patienten har stabiliserats/förbättrats/tillfrisknat.
- Patienten avlider och efterlevandesamtal har erbjudits där närståendes behov av stöd har fångats upp

## o.8 Samordningsprocessens åtgärder

Bilden visar processkartan för samordningsprocessen med de olika processtegen med tillhörande aktiviteter: De olika processtegen är:

- identifiera patient,
- kartlägga och bedöma patientens behov
- planera patientens vård- och behandlingsinsatser
- initiera och kommunicera vård- och behandlingsinsatser samt
- följa upp vård- och behandlingsinsatser.



För detaljerad processkarta med tillhörande aktiviteter och beteckningar som hänvisas till i innevarande rutin se [bilaga 5](#)

## 1. Identifiera patient med behov

Att systematiskt identifiera och fånga patienter med risk för komplexa och omfattande vårdbehov är centralt i samordningsprocessen. Ett huvudsyfte med att identifiera skörhet och patienter som löper risk för stora vårdbehov eller har en förhöjd risk att bli inlagda på sjukhus är att hitta de äldre individer som behöver en noggrannare kartläggning ur ett helhetsperspektiv. Patient med behov kan identifieras vid olika tillfällen och på olika vårdnivåer av hälso- och sjukvårds- eller omsorgspersonal men även av närstående.

### 1.1 Identifiera genom enskild bedömning

Hälso- och sjukvårds- eller omsorgspersonal gör initialt en enskild bedömning för att identifiera patienter med komplexa och omfattande behov. Samtidigt bör även en första kontroll göras om patienten uppfyller **inklusionskriterierna**; se stycke:

#### 0.7 Ingång i samordningsprocessen -inklusionskriterier.

Patient kan identifieras vid följande situationer samt att följande åtgärd genomförs:

#### Aktiviteter identifiering - vårdcentral

- vid ett besök eller kontakt med vårdcentralen eller annan enhet inom primärvården [A1+ A2].
- när annan vård- eller omsorgsaktör (t ex kommunal hälso och sjukvård eller omsorg, vårdavdelning, specialistmottagning) kontaktar samordningsfunktionen på vårdcentralen på grund av behov av bedömning.
- genom att patienten tas upp på ett lokalt samordningsmöte.

**Åtgärd:** Identifierad patienter lyfts enligt vårdcentralens rutin för vidare bedömning av vårdcentralens samordningsjuksköterska, vid behov i team med övriga professioner på vårdcentralen.

#### Aktiviteter identifiering - kommunal hälso- och sjukvård och omsorg

- vid ett hembesök eller när patienten<sup>6</sup> själv kontaktar sjuksköterska eller annan profession inom kommunen [A1+ A2].
- när patienten lyfts till kommunens samordningsfunktion på grund av behov av bedömning.
- när en person med enbart omsorgsinsatser upplevs vara försämrade av omsorgspersonalen, eller att personen ber omsorgspersonalen om hjälp att kontakta vårdcentralen, kontaktar omsorgspersonalen vårdcentralens samordningsfunktion för rådgivning och bedömning.

---

<sup>6</sup> Gäller patient med pågående hemsjukvårdsinsatser.



Om samordningssköterska på vårdcentralen bedömer att personen behöver bedömas fysiskt av vårdpersonal bokas i första hand patienten för ett besök på vårdcentralen. Detta enligt tröskelprincipen. Det innebär att i de fall personen inte kan ta sig vårdcentralen pga. sitt mående kan vårdcentralen kontakta kommunens sjuksköterska som åker ut och gör bedömning på plats.

**Åtgärd:** Identifierade patienter rapporteras av kommunens sjuksköterska till vårdcentralens samordningssjuksköterska som sedan ansvarar för vidare handläggning.

## Aktiviteter identifiering inom specialiserad vård; akutmottagning, ambulans, vårdavdelning och öppen mottagning

- vid **ambulansutryckning** och/eller vid besök på **sjukhusets akutmottagning**. Identifiering sker med hjälp av ambulansens och akutmottagningens personal som screenar patienter från 75 år och uppåt.

### Åtgärder:

Dessa patienter **initieras av akutmottagningens personal** till samordningssjuksköterska inom slutenvården för vidare identifiering/bedömning. Rehabiliteringskompetenser kommer att finnas knutna till funktionen (fysioterapeut/arbetsterapeut inom slutenvården). Samordningssköterskan genomför även journalgenomgång i samband med identifiering [A3].

Eller initieras de av **ambulanspersonalen** som vid ambulansutryckning gör bedömningen att patient kan kvarstanna i hemmet men har behov av vidare uppföljning. I detta fall ska ambulanspersonalen dagtid meddela specialistvårdens samordningsfunktion i Karlskrona, som i sin tur kontaktar den vårdcentral där patienten är listad eller vid behov kommunens samordningsfunktion.

- OBS! Vid utskrivning<sup>7</sup> från akutmottagningen är följsamhet till utskrivningsrutinen **särskilt viktigt gällande patienter med komplexa och omfattande behov** – det innebär att fristående meddelande i prator ska skickas till vårdcentral och/eller berörd sjuksköterska i kommun.
- Patient kan identifieras vid ett **mottagningsbesök inom specialistvården** eller **vårdtillfälle inom den specialiserade slutenvården**, [A1].

**Åtgärd:** Patienter som identifieras av personal på öppen mottagning eller vårdavdelning initieras via vårdens kommunikations- och informationsöverföringssystem (i nuläget Prator) till vårdcentral eller till samordningssköterska på vårdcentral för vidare bedömning och dialog med teamet på vårdcentralen. Initiering kan även ske per telefon.

## Aktiviteter identifiering - samtliga

- Dokumentera i vårdens kommunikations- och informationsöverföringssystem (i nuläget Prator) att individen har ett behov av samordnade insatser. Se ”Rutin för dokumentation samordning närsjukvårdsmodellen”.

---

<sup>7</sup> Process Trygg och säker utskrivning

## 1.2 Bedömningsverktyg

Vid behov kan identifieringen, genom enskild bedömning och kontroll mot inklusionskriterierna, styrkas med hjälp av bedömningsverktygen:

- PASTEL 2.0<sup>8</sup>, är ett bedömningsverktyg som används för att få en bred översikt över en äldre persons hälsa med fokus på faktorer som antingen är tecken på skörhet eller påtagligt kan påverka skörhet och livskvalitet. Den är lämplig att användas på patienter där man misstänker skörhet och allmän sviktande hälsa samt patienter med omfattande multisjuklighet. Svaren i punkt 1–5 kan utgöra **screening för skörhet** och bedömning om patienten behöver fortsatt behov av uppföljning på äldremottagning/vårdcentral, se Manual för PASTEL 2.0. Pastel kan användas av vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård.
- Geriatrisk riskprofil används i samband med/efter screening av målgruppen som inkommer via akutmottagningen eller för patienter som erhållit geriatrisk vård på sjukhuset

## 1.3 Identifiera proaktivt genom granskning av rapport och kvalitetsregister

### Vårdcentral

För att uppnå ökad proaktivitet ska samordningssjuksköterska på vårdcentral regelbundet granska

- rapporter<sup>9</sup> i QlikView; avseende mångsökare och samt
- primärvårdens kvalitetsregister PrimärvårdsKvalitet (LÄNKKA) [A4] (Rutiner tas fram).

### Specialiserad vård

Även samordningssjuksköterska inom specialiserad vård ska granska ovanstående rapporter i QlikView.

## 1.4 Fatta beslut: har patienten komplexa och omfattande behov och föreligger behov av samordning [B]?

- Nej, patienten ingår inte i urvalet och är inte aktuell att kartlägga.
- Ja, patienten ingår i urvalet och ska erhålla kartläggning och bedömning av behov. I nästa steg görs en bedömning av brådskandegrad. Fortsätt till C (1.5).

---

<sup>8</sup> Primary care ASessment Tool for ELderly - Bedömningsstöd för äldre i primärvård

<sup>9</sup> Rapport ”Närsjukvårdsmodell i samverkan”/mångsökare – namn ej klart + Närsjukvårdsrapport om AMP

## 1.5 Bedöma patientens behov utifrån hur brådskande insatserna behövs [C]

### Samtliga

Samordningssjuksköterska eller sjuksköterska gör en bedömning av patientens behov utifrån hur brådskande insatserna behövs.

### Kommunal hälso- och sjukvård

Vid försämring av patient med pågående hemsjukvårdsinsatser ska behov av vårdnivå bedömas av sjuksköterska i kommunen – se Rutin för bedömning och samordning av patient med hemsjukvårdsinsats som uppvisar försämring Se [bilaga 1](#) - Rutin för bedömning och samordning av patient med hemsjukvårdsinsats som uppvisar försämring (rutinen är för godkännande av chefläkare i regionen samt MAS-gruppen i länet + LÄNKAS).

Om det finns behov av läkarbedömning i hemmet ska vårdcentralens samordningsfunktion kontaktas, ställningstagande sker då till vilken läkare som kan utföra hembesöket.

## 1.6 Fatta beslut: är graden av brådskande hög eller inte [D]?

- Nej, graden av brådskande är inte hög. Fortsätt till val av kartläggningsområde [E].
- Ja, graden av brådskande är hög, fokusera på behov utifrån aktuell situation. Patienten ska få en snabbare kartläggning och bedömning av behov. Fortsätt till L. Se [bilaga 1](#) - Rutin för bedömning och samordning av patient med hemsjukvårdsinsats som uppvisar försämring (rutinen är för godkännande av chefläkare i regionen samt MAS-gruppen i länet + LÄNKAS).

### 1.6.1 Direktinläggning/snabbspår

För personer med upprättad avancerad individuell medicinsk plan, AMP, kommer direktinläggning/snabbspår att möjliggöras. Planering pågår inom region Blekinge kopplat till arbetet med Närsjukvårdsmodell i samverkan.

## 2. Kartlägga och bedöma patientens behov – klinisk bedömning

### 2.1 Genomföra kartläggning och bedömning ur ett helhetsperspektiv

När patienten är identifierad ska en noggrannare kartläggning göras ur ett helhetsperspektiv. Målet är att ge de bästa förutsättningarna för fortsatt vård och planering och att optimera patientens livskvalitet samt att undvika negativa hälsoutfall vid ej medicinskt motiverade förflyttningar.

För att kartlägga och bedöma identifierade multisjuka patienter med eller risk för komplexa och omfattande behov behövs ett samarbete inom vårdcentralen mellan

samordningsjuksköterska, äldresköterska, SIP-sköterska, primärvårdsläkare inklusive rehabiliteringspersonal, samt med sjuksköterska i kommunen (vid behov minnessjuksköterska).

Helhetsbedömningen [F] ska resultera i en sammanvägd helhetsbild utifrån vad patienten och närstående önskar samt utifrån vilka behov som föreligger avseende:

- Omvårdnad
- Medicinsk behandling
- Palliativ diagnos och fas
- Läkemedelshantering
- Rehabilitering och bedömning av omgivningsfaktorer
- Förebyggande och hälsofrämjande vård
- Psykiskt och psykosocialt

### Aktiviteter kartläggning och bedömning - vårdcentral

- Inhämta patientens **samtycke**, kontakta patienten, informera och skicka kallelse till hälsosamtal<sup>10</sup>; vid kognitiv svikt även kallelse till anhöriga om patienten lämnat sitt medgivande. Dokumentera i patientens journal att patienten är identifierad för samordnade insatser.
- Identifierade personer ska erbjudas **skörhetsbedömning** via hälsosamtal, som bedömningsstöd kan PASTEL 2.0<sup>11</sup> användas, se Manual för PASTEL 2.0. Patienter som tackar nej till hälsosamtal ska följas upp per telefon för att ta reda på orsaken till avbokningen samt skapa plan för ny kontakt.
- Bedöm även psykisk hälsa med hjälp av PASTEL 2.0.
- Genomför journalgenomgång och inhämta information av professioner som gett insatser till patienten i närtid.
- Kontrollera patientens vårdkonsumtion; via rapport i QlikView/Primärvårdskvalitet (**särskild rutin ska tas fram+ länka**).
- Säkerställ att **fast vårdkontakt** och **fast läkarkontakt** finns.
- Genomför med hjälp av rehabiliteringspersonal kartläggning och bedömning av behov av rehabilitering (träning och hjälpmedel).
- Vid behov boka tid för läkarundersökning på vårdcentral eller i hemmet.
- I samband med läkarbesöket ska läkemedelsgenomgång göras (enkel/fördjupad) i tydlig dialog med patienten samt kontroll av compliance och läkemedelshantering.
- Bedöm patientens risker [G] och omvårdnadsbehov [H] med hjälp av riskbedömning med hjälp av Senior alert, planerade åtgärder och uppföljning.

---

<sup>10</sup> Med stöd av PASTEL 2.0 - Primary care ASessment Tool for ELderly - Bedömningsstöd för äldre i primärvård

<sup>11</sup> Primary care ASessment Tool for ELderly - Bedömningsstöd för äldre i primärvård

- Genomgång av levnadsvanor, så som fysisk aktivitet, matvanor, användning av tobak och/eller alkohol via PASTEL (eller region Blekinges vårdprogram för levnadsvanor om behov föreligger).
- Genomför kartläggning och bedömning av behov av läkemedelshantering samt ställningstagande till egenvårdsintyg eller övertaget läkemedelsansvar.
- Vid behov remiss till minnessjuksköterska för bedömning av kognitiv förmåga.
- Ställningstagande till behov av palliativ vård – se även [AMP](#).

### Aktiviteter kartläggning och bedömning - kommunal hälso- och sjukvård

- För identifierade patienter inhämta samtycke, kontakta patienten, informera; vid kognitiv svikt kontakta även anhöriga om patienten lämnat sitt medgivande. Dokumentera i patientens journal att patienten är identifierad för samordnade insatser.
- Journalgranska och inhämta information av professioner, hemtjänst och biståndshandläggare som gett insatser till patienten i närtid.
- Identifierade personer kan bedömas med hjälp av [PASTEL 2.0](#) som bedömningsstöd, se [Manual för PASTEL 2.0](#).
- Bedöm patientens risker [G] och omvårdnadsbehov [H] med hjälp av riskbedömning med hjälp av Senior alert, planerade åtgärder och uppföljning.
- För identifierade patienter med befintliga hemsjukvårdsinsatser med övertaget läkemedelsansvar ska sjuksköterska i kommunen använda symtomskattningsskalan PHASE-20 för att identifiera symtom som kan ha samband med läkemedelsbehandling.
- Bedöm även psykisk hälsa med hjälp av [PASTEL 2.0](#).
- Initiera vid behov bedömning av kognitiv förmåga.
- Genomför kartläggning och bedömning av behov av läkemedelshantering [I].
- Genomför med hjälp av rehabiliteringspersonal kartläggning och bedömning av behov av rehabilitering (träning och hjälpmedel) och genomför bedömning av omgivningsfaktorer, dvs. tillgänglighet i boendemiljön [J].

### Aktiviteter kartläggning och bedömning - specialiserad vård

#### Akutmottagning

Efter den screening som akutmottagningen eller ambulansen har gjort, görs bedömning av patienten av **samordningssjuksköterska inom slutenvården** med hjälp av [geriatrisk riskprofil](#), enskild bedömning, journalgenomgång, samt inhämtning av information från patient, närstående och vårdavdelning om patienten vårdas ineliggande [J]. Samordningen fokuserar främst på patienter som inte behöver läggas in. Samordningssjuksköterskan kan vid behov kontakta kommunal hälso- och sjukvårdsorganisation, vårdcentral eller vårdavdelning för att delge viktig information.

#### Vårdavdelning

I samband med vårdtillfället i **slutenvården** ska läkemedelsgenomgång ske<sup>12</sup> samt kontroll av compliance och förmåga till att hantera sina läkemedel. Bedöm även patientens risker [G] och omvårdnadsbehov [H] med hjälp av riskbedömning med hjälp av Senior alert, planerade åtgärder och uppföljning.

De patienter som läggs in hanteras enligt sedvanlig utskrivningsrutin. För patienter med komplexa och omfattande behov är det särskilt viktigt att vid vårdtillfället bedöma och kommunicera i vårdens kommunikations- och informationsöverföringssystem (i nuläget Prator) **patientens kommande behov i hemmet efter hemkomst** (samordnade insatser, ställningstagande till AMP, uppföljning, remiss vårdcentral).

## Aktiviteter kartläggning och bedömning - samtliga

Ställningstagande ska ske till:

- vilken plan som ska upprättas.
- Om behov av samordnad individuell plan, SIP, föreligger, ska SIP genomföras, företrädesvis i hemmet, enligt gällande rutin.
- Avancerad medicinsk individuell vårdplan, AMP ska upprättas, företrädesvis i hemmet, för patienter med komplexa och omfattande behov enligt gällande rutin.
- Behov av AMP kan initieras av slutenvården till vårdcentralen. AMP är en viktig beståndsdel i arbetssättet för att uppnå personcentrering och för att planera insatser utifrån patientens viljeinriktning inte minst vid försämring. AMP ska vara ett stöd för omvårdnadspersonal och sjuksköterskor i kommunen, primärvårdens och specialistvårdens personal, samt för mobila team och ambulanspersonal. AMP ska underlätta planering, koordinering och utförandet av omsorgs-/vård- och behandlingsarbetet för individen.

## Patientens åtgärder (efter förmåga)

- Berätta om sina önskemål och förväntningar på vården.
- Berätta om sitt mående, hur det fungerar och vilka aktiviteter som sker i vardagen. Informationen är viktig för bedömning och planering
- Ange möjlighet till egenvård.

## 2.2 Skattnings- och bedömningsverktyg

Här listas skattnings- och bedömningsverktyg som kan vara aktuella att använda för:

### Vårdcentral:

- [PASTEL manual \(bedömningsstödet Clinical Frailty Scale, CFS ingår i PASTEL\)](#)
- [Formulär för bedömningsstöd PASTEL 2.0 \(PDF\)](#)

---

<sup>12</sup> Enligt Socialstyrelsen.

### Samordningssjuksköterska inom slutenvården:

- [Geriatrisk riskprofil](#)

### Kommunal hälso- och sjukvård:

- [PASTEL manual \(bedömningsstödet Clinical Frailty Scale, CFS ingår i PASTEL\)](#)
- [Formulär för bedömningsstöd PASTEL 2.0 \(PDF\)](#)
- [Vårdprevention - Senior alert](#)
- [PHASE-20, blankett för särskilt boende och hemsjukvård \(pdf\)](#)
- [Skattningsinstrument för att identifiera depression hos äldre: GDS-20 \[F\]](#)
- [Abbey Pain Scale \[F\]](#)
- [ESAS/ESAS-r \[F\]](#)

## 3. Planera patientens vård och behandlings-/ och omvårdnadsinsatser

Efter kartläggning och behovsbedömning ska planering av patientens vård och behandling samt dialog om målsättning göras i nära samarbete med patient och närstående samt med de som ingår i teamet runt patienten. Detta ska utmynna i en plan.

Patientens behov avgör vilken plan/planer, till exempel SIP, AMP, omvårdnadsplan, rehabiliteringsplan, som ska upprättas för att beskriva de planerade insatserna.

### Aktiviteter planera vård och behandlingsinsatser - vårdcentral

- Ställningstagande görs till inom vilken tidsram och vilken typ av plan som ska upprättas och var planeringen görs (i hemmet, ineliggande, på vårdcentral). Planeringen sker tillsammans med patient och involverade vårdaktörer utifrån genomförd bedömning och identifierade behov [N] samt utifrån vilken typ av plan som ska tas fram. Av planen ska framgå vem gör vad och när samt när uppföljning ska ske och vem som är ansvarig för uppföljningen. Hur ofta uppföljning behöver ske beror på patientens medicinska och sociala behov.
- Utifrån behov planera inför och genomför SIP och/eller upprätta AMP samt dokumentera.
- Om patienten har behov av insatser i hemmet ska vårdcentralen utifrån patientens vårdbehov och tröskelprincipen kontakta aktuell kommuns hälso- och sjukvårdsorganisation/samordningsfunktion.

- I de fall patienten har pågående hemsjukvårdsinsatser ska planeringen göras tillsammans med legitimerad personal i kommunen (till exempel sjuksköterska och rehabiliteringspersonal) och vid behov biståndshandläggare.
- Hänsyn tas till om patienten redan har en upprättad plan och om revidering behöver ske.
- Vid planeringen ska utses **fast vårdkontakt** eller **fast läkarkontakt**.
- Tydliggör **kontaktvägar** för patient och närstående.
- **Patienten ska informeras om planen** – vad är målsättningen och vårdens mål vid försämring, vilka insatser ska göras av vilka kompetenser och när, samt vilka egna insatser som patienten ska göra gällande följsamhet till vård och behandling samt egenvårdsinsatser.

#### **Aktiviteter planera vård och behandlingsinsatser - specialiserad vård:**

- Utskrivning från vårdavdelning ska ske enligt gällande rutin Trygg och säker utskrivning. För patienter med komplexa och omfattande behov är det särskilt viktigt att säkerställa uppföljning och eventuellt behov av förstärkt medicinskt ansvar samt vilka eventuella insatser som behövs i närtid efter utskrivning.

#### **Aktiviteter planera vård och behandlingsinsatser - kommunal hälso- och sjukvård:**

- Det är viktigt att uppmärksamma närstående som vårdar och stödjer patienten. Kommunen ansvarar för att erbjuda stöd för att underlätta för närstående.
- Sjuksköterska i kommunen planerar på uppdrag av vårdcentralen de specifika insatserna.

#### **Patientens åtgärder (efter förmåga):**

- Planera inför aktuella egenvårdsinsatser.
- Svara för följsamhet till vård- och behandlingsinsatser

## **4. Initiera och kommunicera vård- och behandlings-/ och omvårdnadsinsatser**

Utifrån överenskommen/beslutad plan initieras de överenskomna insatserna.

#### **Aktiviteter initiera och kommunicera vård och behandlingsinsatser - vårdcentral och/eller kommunal hälso- och sjukvård:**

- Utifrån överenskommen/beslutad plan (prioritering, tider och ansvarsfördelning) initieras insatserna för berörda. Vidtala särskilt de aktörer som inte varit involverade i kartläggningen [O].
- Kommunicera även när och hur uppföljningen är beslutad att genomföras [O].
- Avstämning kan ske vid lokala samordningsmöten och teamrund.



- När insatser har gjorts med hög brådskandegrad behöver en bedömning göras av behov av kompletterande kartläggning [P].

## 5. Följa upp patientens vård-och behandlings- /och omvårdnadsinsatser

Patientens vård- och behandlingsinsatser och den plan som är gjord ska löpande följas upp och utvärderas för att säkerställa kontinuitet och samordning.

Hjälper insatserna personen som det var tänkt eller behöver något justeras?

### Aktiviteter följa upp patientens vård och behandlingsinsatser - vårdcentral och/eller kommunal hälso- och sjukvård

- Genomför de planerade uppföljningsaktiviteterna tillsammans med patienten och teamet runt patienten [R] och enligt beslutad plan, till exempel SIP (se [SIP-rutin](#)).
- Uppföljning av vilka patienter som har AMP:ar upprättade kan göras i Qlik View-rapport för regionens samordningssjuksköterskor ([rutin ska tas fram + LÄNK](#)).
- Sammanväg uppföljningsresultatet [S].

#### 5.1 Fatta beslut om behov av fortsatt samordning [T]

Ställningstagande till om patientens behov har tillgodosetts eller upphört.

- Ja, patientens behov har tillgodosetts eller upphört.
- Nej, gå tillbaka till aktivitet C. Genomför bedömning av behov utifrån grad av brådskasamt genomför vid behov kompletterande kartläggning och justera insatserna samt uppdatera patientens plan.

## 6 Uppföljning och indikatorer för uppföljning

OBS. Verksamhetscheferna i referensgruppen har i uppdrag att ta fram vilka indikatorer som ska användas för att följa upp processen. Kommer att fastställas under våren 2024.

Samordningsprocessen följs upp årligen, till exempel via enkät, via samordningssjuksköterskor, avdelnings- och verksamhetschefer samt berörda verksamheter.

Viss utmaning att fånga och följa upp föreligger på grund av byte av vårdinformationssystem pågår. Sökord ska också införas i detsamma.

Indikator	Vilka?	Basvärde 2023	Målvärde 2024	Mätning och återrapportering	Källa
Antal inläggningar	Alla?/SÄBO-patienter?				Prator
Antal återinskrivningar inom 30 dagar	Alla/SÄBO-patienter?				
Antal besök på akutmottagning					
Antal läkarbesök i hemmet	Alla/SÄBO-patienter?				
Antal avancerade individuella medicinska vårdplaner, AMP	SÄBO-pat. resp. pat. i ordinärt boende				
Fast vårdkontakt*)			Andel ska öka		
Fast läarkontakt					
Upplevd trygghet i äldreomsorgen*)		X procent	Öka till Y procent		
Kontinuitetsindex*)		Värde X	Öka till Y		
Kontinuitetsindex på SÄBO*). Läkarkontinuitet för personer på särskilt boende					
Patientupplevelse av information och kunskap*)					

\*) Indikatorer SKR – omställning till nära vård.

## 7 Processledare/processteam

Processen har tagits fram av processteamet för samordningsprocessen i Blekinge:

Filippa Lundgren, samordningssjuksköterska, Karlskrona kommun, processledare

Madelene Tornerhjelm, samordningssjuksköterska, Trossö vårdcentral, processledare

Gabriella Danielsson Carlsson, samordningssjuksköterska Olofströms vårdcentral

Kristine Vogler, MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Karlshamns kommun

Josefine Wilhelmsson, samordningssjuksköterska för slutenvården, Regiongemensam Närvård

## 8 Referenser

[NPO äldres hälsa och palliativ vård | Kunskapsstyrning vård | SKR \(kunskapsstyrningvard.se\)](#)

[Kunskapsstöd för samverkande hälso- och sjukvård i hemmet | Kunskapsstyrning vård | SKR \(kunskapsstyrningvard.se\)](#)

[Primärvårdskvalitet | SKR](#)

[Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre \(socialstyrelsen.se\)](#)

[Processorientering - Region Blekinge](#)

[Kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården och tandvården - Region Blekinge](#)

[Hälso- och sjukvårdslag \(2017:30\)](#)

[Patientlag \(2014:82\); tydliggör patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet](#)

[Patientdatalagen, 3 kap](#)

[Patientdataförordningen \(2008:360\)](#)

[Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården \(HSLF-FS 2016:40\)](#)

[Lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation \(2022:913\)](#)

[Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge 2023, primärvårdens uppdrag, kap. 3](#)

[Hemsjukvårdsavtal Hemsjukvård i Blekinge – fördelning av ansvar och arbetsuppgifter mellan Blekinges vårdcentraler, hemsjukvård samt sjukhusets specialiserade vård](#)

[Socialtjänstlag \(2001:453\), 2 kap §7](#)

[Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård \(2017:612\)](#)

[Samverkan vid utskrivning – Blekingerutiner](#)

[SIP - Samordnad individuell plan](#)



## 9 Bilagor

Bilaga 1 - Rutin för bedömning och samordning av patient med hemsjukvårdsinsats som uppvisar försämring (på remiss/för beslut av chefläkare i regionen och MAS-gruppen i länet).

Bilaga 2 - Avancerad medicinsk individuell vårdplan, AMP – rutin och dokumentationsanvisning.

Bilaga 3 - Kontaktuppgifter för hälso- och sjukvårdspersonal till samordningsfunktionerna inom kommunerna och inom regionen.

Bilaga 4 - Rutin för dokumentation samordning närsjukvårdsmodellen (ska tas fram, se handlingsplan).

Bilaga 5 – Tillhörande processkarta för samordningsprocessen