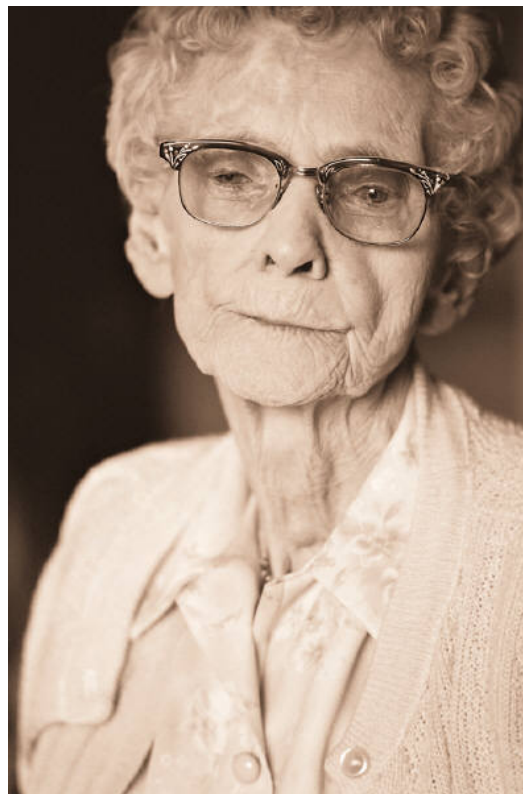


Handlingsplan/riktlinjer för uppbyggnad av lokala äldreteam för målgruppen mul- tisjuka /multisviktande vid hälsocentral- erna i Gävle kommun



*Samarbete i
Vården för multisjuka
äldre med
Empati och
Ansvar*

Gävle 2007-05-01

Handlingsplan/riktlinjer för uppbyggnad av lokala äldreteam för målgruppen multisjuka /multisviktande vid hälso-centralerna i Gävle kommun

Uppdraget

Primärvården Gästrikland, Omvårdnad Gävle och Gävle Sjukhus har beslutat inrätta gemensamma lokala äldreteam för målgruppen multisjuka/multisviktande personer 75 år och äldre vid alla hälsocentraler i Gävle kommun. Handlingsplanen/riktlinjerna följer av upprättat samarbetsavtal och gäller gemensamt för de i avtalet ingående parterna

Bakgrund

Bakgrunden till beslutet om äldreteamen är ett beslut av Landstingsstyrelsen i december 2003 att införandet av närsjukvård i Gävle skulle ske i form av ett tvåårsprojekt. Enligt direktiven till projektet, som fick namnet *Närvård Gävle*, ska samverkan och utvecklandet av anpassade arbetsätt mellan Gävle Sjukhus, Gävle kommun, Primärvården, Vuxenpsykiatri och Vuxenhabiliteringen i Gästrikland utgöra basen i närvården. Som huvudmål för projektet angavs att vid utgången av 2006:

- ska närvården i Gävle kommun ha utvecklats till en tillgänglig och nära vård som kännetecknas av samordning och helhetssyn och där anpassade arbetsätt utvecklats mellan Landstinget och kommunens olika förvaltningar

- utgör Primärvården basen i närsjukvården och grunden har etablerats för en utveckling där Gävle Sjukhus bidrar till en kvalitetsmässig och effektiv närsjukvård för befolkningen i Gävle kommun.

Ett av delmålen var att bilda delprojekt kring vissa prioriterade målgrupper/områden för att utifrån givna direktiv genomföra en kartläggning av olika målgruppers behov, analysera starka och svaga områden i det nuvarande samarbetet samt föreslå nya eller utvecklade arbetsätt för målgruppen/målområdet. De tre områden som fastställdes som delprojekt var palliativ vård, samarbete kring vissa funktionshindrade och samarbete kring multisjuka/multisviktande äldre.

Delprojektet "*Multisjuka/multisviktande 75 år och äldre i Gävle kommun*" har riktats mot målgruppen äldre människor över 75 år med sammansatta komplexa och/eller snabbt föränderliga vård och omsorgsbehov.

Ansvar för deras vård och omsorg är ofta splittrat mellan olika vård- och omsorgsnivåer. Målet har varit att gemensamma samverkansformer för målgruppens ska finnas där vård och omsorg ska bedrivas på rätt nivå, rätt omfattning och rätt plats.

Delprojektgruppen som arbetade med att analysera målgruppens behov ansåg att samordningen av de faktiska resurser som finns för målgruppen i dag inte fungerar optimalt. Därför föreslogs inrättandet av ett lokalt äldreteam knutet till en hälsocentral i Gävle kommun och där personal från kommun och landsting som arbetar med målgruppen skulle ingå. Förändringen skulle bestå i att arbetssätt och samarbetet tydliggörs genom en handlingsplan, samarbetsavtal och en tydlig ledningsstruktur. .

En analysgrupp tillsattes för att analysera delprojektgruppens rapport och lämna förslag på hur vården och omsorgen för de multisjuka/multisviktande skulle kunna organiseras i Gävle kommun. Analysgruppens förslag blev att starta lokala äldreteam på *alla* hälsocentraler i Gävle för att utnyttja de gemensamma resurserna på ett så optimalt sätt som möjligt. Det blev också den politiska styrgruppens beslut.

Handlingsplanen/riktlinjerna utgör underlag för verkställighet av beslutet.

Målgrupp

Målgruppen för äldreteamens arbete är multisjuka/multisviktande personer 75 år och äldre bosatta i Gävle kommun och som har sammansatta komplexa och/eller snabbt föränderliga vård och omsorgsbehov.

En förutsättning för att teamen ska kunna uppfylla sin målsättning är att målgruppen blir ordentligt definierad. Teamen får under uppbyggnadskedet hitta former och utveckla rutiner för identifiering och handläggning av personerna i målgruppen. Respektive hälsocentral ska ha ansvaret för att samla och uppdatera kunskapen om personerna.

Definition av målgruppen

Med *multisjuka* avses personer som under en tolv månaders period har vårdats tre eller flera gånger inom slutenvård och under den tidsperioden haft flera diagnoser från tre eller flera olika sjukdomsgrupper.

Med *multisviktande* avses personer som har någon komplicerad sjukdom och/eller flera sjukdomsdiagnoser, har problem med nedsatt rörlighet och ork, behov av rehabiliterings- och/eller funktionsuppehållande insatser under lång tid, har en skör och snabbt föränderlig livssituation och är i behov av återkommande omprovning av sina vård-, omsorgs- och rehabiliteringsinsatser.

Målgruppens behov

Målgruppen multisjuka/multisviktande 75 år och äldre är personer med sammansatta komplexa och/eller snabbt föränderliga vård och omsorgsbehov. De har behov av både medicinsk slutenvård och öppenvård, rehabilitering och stöd från kommunens hemtjänst och av närstående.

Trygghet, tillgänglighet, kontinuitet och patientsäkerhet ska vara ledstjärnor i arbetet med målgruppen. Det är därför viktigt med samordning av resurserna och en fungerande vårdplanering och informationsöverföring för att få ett bra omhändertagande, hög effektivitet och ett omhändertagande på rätt nivå och plats.

Trygghet

Det som bär upp tryggheten är sammanhang, tilltro till vården, förtroendefull relation och goda kontaktmöjligheter. Det innebär att man som patient/kund känner lugn, vet att man får hjälp om/när man behöver, vet vart man ska vända sig och att man har möjlighet att välja var och hur man vill bo.

Tillgänglighet

Vården finns till hands när patienten/kunden upplever sig behöva den. Det innebär att man som patient/kund vet vart man kan vända sig för att få information, hjälp och framföra sina synpunkter.

Kontinuitet

En långvarig relation där vårdgivaren kan följa patienten/kunden över tiden. Det innebär att man som patient/kund träffar samma personer och har så få kontakter som möjligt.

Patientsäkerhet

Patientsäkerhet är skydd mot vårdskada (SOSFS 2005:12). Patientsäkerhetsarbetet syftar till att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser.

Mål

att gemensamma samverkansformer för målgruppen finns så att dess vård och omsorg kan bedrivas på rätt nivå, omfattning och plats.

Syfte

att med den äldre människan och närståendes behov i centrum synliggöra målgruppen för att rätt kunna tillgodose dess behov av trygghet, tillgänglighet, kontinuitet och patientsäkerhet

att genom samverkan erbjuda lättillgängligt stöd, verka för ett gemensamt förhållningssätt, effektivisera befintliga resurser och kostnadseffek-

tivisera verksamheterna som möter målgruppen inom landsting och kommun

att skapa tydliga riktlinjer och gemensamma mötesforum kring patienter/kunder

Personal i äldreteamen

I de lokala äldreteamen ska ingå distriktssköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast från primärvården samt biståndshandläggare, verksamhetschef och representant för hemtjänstpersonal från kommunen.. Teamet ska träffas minst en gång i månaden. Familjeläkare ska delta vid behov. Förutom de akuta hembesök som läkarna genomför redan i dag ska läkare avsätta tid för att genomföra minst ett planerat hembesök per år hos patienten/kunden ur målgruppen bosatta i ordinärt boende.

Geriatriker från Gävle sjukhus ska ha en både operativ och konsultativ roll. De kan konsulteras via telefon och delta i teammöten och/eller vid hembesök. För varje multisjuk/multisviktande person ska en kontaktperson finnas på hans/hennes hälsocentral och i hemtjänsten som ska vara känd av övriga vårdgivare. Teamen kan kompletteras med andra kompetenser som kurator, logoped, dietist, tandhygienist och personal från vuxenpsykiatri.

Parterna ska ingå i teamen på lika villkor. De ska från respektive håll anmäla den till teamen som de definierat inom målgruppen och de ska var för sig kunna aktualisera ärenden till teamträffarna. De ska också från respektive håll utse den personal som ska ingå i äldreteamen och ansvara för att personalkontinuiteten i äldreteamen bibehålls.

Utgångspunkten för teamarbetet ska vara att se den multisjuka/ multisviktande i sitt hela sammanhang och inte från enskilda diagnoser. Teamarbetet ska byggas på ett gränsöverskridande samarbete kring de enskilda personerna i målgruppen och löpande återkoppling mellan de funktioner och de personer som finns kring den multisjuka/multisviktande och är väl kända för honom eller henne.

Arbetsuppgifter/Arbetsätt

De lokala äldreteamens arbetsätt formas på respektive hälsocentral vilket ska dokumenteras i lokalt framtagna rutiner. En huvuduppgift för teamen ska vara att skapa en gemensam grund och arbetet ska präglas av likvärdiga arbetsmetoder. Teamets förhållningssätt ska präglas av att skapa trygghet, tillgänglighet, kontinuitet och patientsäkerhet för de multisjuka inom respektive upptagningsområde. I arbetet kring patienten/kunden utgår man inte enbart från diagnoser utan ser till helheten. Ett sådant synsätt ska bidra till att patienten/kunden kan bevara så många av sina funktioner som möjligt.

Medel ska avsättas för teambildning, utbildning samt handledning och ska användas för gemensamma insatser. Dialog ska föras mellan processledaren, teamet och verksamhetschef för hälsocentralen om relevanta insatser.

En första vårdplanering ska alltid göras på sjukhuset för att planera och underlätta inför hemgång. Detta följs sedan upp av en förnyad vårdplanering i hemmet. Det gemensamt definierade förhållningssättet ska värna om trygghet, tillgänglighet och kontinuitet för den multisjuka äldre personen och dennes närstående. Tid ska avsättas för läkare att göra fler hembesök i ordinärt boende.

Tillgänglighet för patient/kund och anhörig ska finnas varje dag 07.00 – 23.00 via lokalt telefonnummer. Mellan 23.00 – 07.00 hänvisas patient/kund tills vidare till sjukvårdsrådgivningen.

Framgångsfaktorer

Fyra viktiga faktorer krävs för att samverkan i teamen ska kunna bli effektiv:

- *motivation* hos alla inblandade parter
- en *gemensam bild* av vad som skall utgöra fokus i samverkansarbetet
- ett *förtroendefullt informationsutbyte*
- inom varje stödsfär *identifierbara befattningshavare* som regelbundet träffas för att skapa samförstånd kring väsentliga och gemensamma frågor

Ledningens ansvar

Respektive verksamhetschef/enhetschef för de funktioner som ska eller kan ingå i teamen ska skapa förutsättningar för att teamen ska kunna arbeta i enlighet med samverkansavtalets intentioner.

Verksamhetschef på respektive hälsocentral ska ha huvudansvaret för att teamen bildas.

Processledare/Metodstödjare

För start och uppbyggnad av äldreteamen ska en processledare och en metodstödjare/metodutvecklare knytas till teamen som en gemensam resurs.

Processledaren ska stötta teamen samt samverka med respektive verksamhetschef i syfte att få igång väl fungerande team på samtliga hälsocentraler i kommunen. Processledaren ska regelbundet rapportera till ledningsgruppen,

Metodstödjaren/metodutvecklaren ska erbjuda ordinarie vårdgivare i teamen stöd i metodfrågor som rör arbetssättet ”team och samverkan” samt vara behjälplig med att knyta kontakter inom och mellan teamen samt mellan huvudmännen. Metodstödjarens arbetssätt ska utgå från de lokala teamens behov. Metodstödjaren och processledaren ska arbeta parallellt och i nära dialog med varandra.

Processledaren utgår från någon av hälsocentralerna. Metodstödjaren utgår från Arbetsterapeuterna Södertull men ska ha arbetsplats tillsammans med processledaren del av tiden. Var och en har sin expedition inom sin ordinarie verksamhet och med ordinarie telefonanknytningar.

Ordinarie vårdgivare i teamen kan kontakta metodstödjaren eller processledaren när stöd och/eller råd i någon form behövs.

Processledaren och metodstödjaren tar kontakt med hälsocentralerna enligt en plan de upprättar för genomförandet i dialog med verksamhetschefer.

Kvalitet, uppföljning, utvärdering

Arbetet kring de multisjuka/multisviktande äldre ska styras av kvalitetsfaktorerna:

- *Perspektiv och analys utifrån målgruppen*
- *Organisation eller profession ska inte utgöra hinder för samverkan*
- *Personkontakt (lyhördhet, flexibilitet, ödmjukhet, nyfikenhet, mod och kreativitet)*
- *Yrkeskompetens*
- *Helhetsperspektiv*

Arbetet i äldreteamen ska dokumenteras i verksamhetsplaner och i samband med bokslut följas upp i verksamhetsberättelse från respektive hälsocentral. Arbetssättet ska kontinuerligt utvärderas. Utvärderingen ska ha främst fyra inriktningar:

Resultat Att redovisa aktuell statistik kring målgruppen och vilken typ av insatser som aktualiseras. Ska stämmas av mot den produktionsstatistik som tas ur respektive journalsystem.

Kvalitetsarbete. Att få kunskap om patienternas/kundernas behov samt att mäta kundtillfredsställelse som grund för nödvändiga korrigeringar och kvalitetsförbättringar av arbetsinsatserna.

Arbets sättet i teamen. Att uppmärksamma effekter av det nya arbetssättet som grund för korrigeringar/förbättringar av arbetsprocessen.

Kostnadseffektivitet. Att mäta insatta resurser för att klargöra om målet med kostnadseffektivisering med det nya arbetssättet uppnås.

För utvärdering ska extern utvärderare anlitas. Utvärderingen ska ligga till grund för gemensam uppföljning av samverkansavtalet.

I samband med starten av äldreteamen ska en startkonferens ordnas. Den kan följas upp med en årlig samling där hälsocentralerna i samband med ordinarie uppföljning av verksamheterna redovisar och utbyter erfarenheter kring hur arbetet i äldreteamen utvecklas.

Ekonomi

Arbetet i teamen ska utföras utifrån huvudmännens befintliga resurser och något resurstillskott beräknas inte behövas. Initiala insatser för aktiviteter i samband med start av teamen samt för processledning, metodutveckling och utvärdering bekostas av stimulansbidrag.

Det står teamen fritt att i samråd med ledningsgruppen söka de externa medel som kan erhållas för fortsatt utveckling av teamarbetet. Processledare ska i samråd med ledningsgruppen hålla sig a jour med vilka möjligheter som öppnas för fortsatt externt stöd.

Dokumentation

Dokumentation kring patient/kund ska ske enligt den lagstiftning och de krav som finns inom respektive huvudman. Samarbetet mellan parterna bygger på förutsättningen att patienten/kunden ger sitt tillstånd innan utbyte av information sker.

Information till personal

I samband med starten av teamen behövs en gemensam information för att introducera och skapa förståelse för det nya arbetssättet kring målgruppen. Detta är mycket viktigt då det skapar förutsättningar för upprättandet av nya rutiner, dokumentation mm.

Kompetensutveckling/kunskapsöverföring

Det strategiska arbetssättet i äldreteamen har fokus på fortbildning och verksamhetsutveckling vilket på sikt och indirekt ska ge effekt för de multisjuka/multisviktande. Det handlar om att genom olika former höja

kompetensen kring målgruppen, utveckla rutiner och riktlinjer som har till syfte att säkerställa en god vård för den multisjuka äldre.

I det strategiska arbetet ska metodstödjaren/metodutvecklaren framför allt vara resursperson i olika typer av aktiviteter. Dessa kan vara utbildning, studiecirkel, föreläsningar, utveckling av gemensamma rutiner för samverkan och riktlinjer.

Parallellt med att metoder utvecklas ska dessa föras vidare mellan teamen av metodstödjaren och processledaren i en lärande process. Arbetsgång- en/arbetsmetoderna ska dokumenteras som guide/riktlinjer när de har prövats.

Former för ömsesidig kompetensöverföring och kompetensutveckling ska utvecklas mellan parterna. Inom de områden där utbildningsbehoven är likartade ska utbildningar och kurser stå öppna för anställda hos alla parter.

Sekretess

Sekretess ska gälla mellan parterna och kan hävas vid medgivande. Praktiska rutiner för varje hälsocentral ska finnas och dokumenteras. Teamen ska förvissa sig om att medgivande finns vid kontakt med ordinarie vårdgivare. Ordinarie vårdgivare dokumenterar alla patient/kundrelaterade insatser enligt ordinarie rutiner.

Tidplan för genomförandet

Den operativa ledningsgrupp som arbetat fram handlingsplan och samarbetsavtal kvarstår som ledningsgrupp för uppbyggandet av de lokala äldreteamen.

Processledare och metodstödjare knyts till äldreteamen den 1 maj 2007 med en första uppgift att informera inför och förbereda starten av teamen.