



Den Nära Vården

inom

SIMBA – området

Tjörn, Stenungsund, Kungälv, Ale

2011 – 2014

Närvårdsplan 2011 - 2014

SIMBA

Sedan flera år tillbaka pågår en utveckling av närsjukvården i samverkan mellan primärvården, Kungälv's sjukhus och kommunerna Tjörn, Stenungsund, Kungälv och Ale. Arbetet organiseras genom SIMBA (Samverkan I vården i Mellersta Bohuslän och Ale).

Arbetetssättet i SIMBA bygger på huvudmännens samlade insats för att skapa en helhet genom gemensamt lärande. Detta gemensamma lärande har hämtat sitt synsätt från systemteoretisk grund och handlar om hur man i en pågående process skapar en lärande organisation. Avgörande för det systemiska lärandet är det systemiska ledarskapet.

Visionen är att möta brukarnas faktiska behov, oavsett huvudmannaskap och finansiering, och att alltid utgå från brukaren.

SIMBAs ledningsgrupp ska ta initiativ till planering, utveckling, gemensamma aktiviteter och resurser inom respektive verksamhet för att på bästa sätt möta gemensamma patienters/brukares behov. Ledningsgruppen ska skapa arenor för kunskapsutveckling och lärande.

SIMBAs processledare ska stödja och tillsammans med ordförande i SIMBAs ledningsgrupp samordna arbetet, vara sekreterare i ledningsgruppen och stimulera det systemiska arbetet på lokal nivå.

SIMBAs politiska företrädare träffas cirka två gånger per år. De politiska företrädarna kommer från presidierna i hälso- och sjukvårdsnämnden, styrelsen för primärvården Mellersta och Södra Bohuslän, styrelsen för Kungälv's sjukhus och från socialnämnd/vård- och omsorgsnämnd i respektive kommun.

Närvårdsplan – Den Nära Vården inom SIMBA-området 2011-2014

Den nära vårdens grundidé är att utveckla den basala hälso- och sjukvården. En väl fungerande närvård förutsätter ett nära samarbete och aktiv medverkan från såväl primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården som den öppna och slutna specialiserade vården på sjukhusnivå.

Närvård bygger på sammanhållna vårdprocesser mellan flera vårdgivare där den totala kvaliteten i samverkan kring patienten är det som ger mervärde för patienten. Patientens vård ska inte störas av organisatoriska gränser. Den nära vården kännetecknas av helhetssyn, kontinuitet, samverkan och ett hälsofrämjande förhållningssätt.

Det nära sjukhuset ska komplettera primärvård och kommunal hälso- och sjukvård med den vård som kräver sjukhusets kompetens och resurser inom akutsjukvård och specialiserade konsultinsatser. En viktig del i en utvecklad närvård är vårdprogram och vårdprocesser.

Föreliggande Närvårdsplan revideras senast våren 2014.

Närvårdsplan 2011 - 2014

Innehållsförteckning

SIMBA	2
Målområde 1: Samverkan, vårdplanering och mötesplatser	4
Målområde 2: Omhändertagande på rätt vårdnivå	6
Målområde 3: Strokevårdkedjan	7
Målområde 4: Demensvårdkedjan	10
Målområde 5: Kompetensutveckling, utbildning	12
Målområde 6: Rehabiliteringsgarantin	13
Målområde 7: Psykiatri	15
Målområde 8: Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård	17
Målområde 9: Vård och omsorg om äldre över 75 år	19
Målområde 10: Läkemedel	22
Bilaga 1: Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård	24
Bilaga 2: SIMBAs ledningsstruktur	25

Kontaktperson:

SIMBAs processledare, Helena Karlsson

helena.elisabet.karlsson@vgregion.se

Tidigare närvårdsplaner inom SIMBA-området:

- Närsjukvårdsplan/Genomförandeplan för SIMBA-området, 2006-2008.
- Närvårdsplan – Den Nära Vården inom SIMBA-området, 2008-2010.

Målområde 1

Samverkan, vårdplanering och mötesplatser

Inom ramen för den nära vården sker ett samlat, systematiskt och utvecklande samarbete mellan olika vårdgivare, vilket ska leda till en god tillgänglighet och skapa trygghet för patienterna/invånarna. Närområdesgrupperna ansvarar tillsammans med sjukhuset för att den enskilde inte ”ramlar mellan stolarna”.

Uppdrag 2011 – 2014

1:1 AVH-team, avancerad vård i hemmet, palliativt konsultativt team

AVH-teamet är ett palliativt konsultativt team inom SIMBA-området och startade hösten 2007. AVH-teamet har sin organisatoriska tillhörighet till Kungälvssjukhus. Teamet ska stödja patienten, anhöriga och personalen. I teamets uppgift ingår att kompetensutveckla personal inom sjukhus, primärvård och kommun. Råd och stöd ska kunna ges i det enskilda boendet. Teamet övertar inte patientansvaret och ingår inte i själva patientarbetet. Teamet ska även vara en samordnad funktion för att säkerställa vårdplanering och dokumentation.

Genom kontinuitet runt patienten i vårdarbetet ska teamet skapa trygghet både för patient, anhörig och vård- och omsorgspersonal. Höjning av kvaliteten i vårdplaneringen och informationsöverföringen mellan sjukhus, primärvård och kommun innebär ett bättre beslutsunderlag. Detta innebär en kunskap som är lika runt patienten dygnet runt (hemtjänst, kommunsjuksköterska, jourläkare inom primärvården). Sammantaget ger detta ökad trygghet för patienten och valmöjlighet att få avancerad vård i hemmet, trots en svår diagnos.

Åtgärd:

Utbildningsinsatser. Det finns ett utbildningsbehov för att överbrygga skillnader mellan kommun och landsting vad gäller t ex smärtlindring.

1:2 Utskrivningsklara patienter

Den i Västra Götaland beslutade gemensamma rutinen för samordnande vårdplaneringen, SVPL för utskrivningsklara patienter, har införts med IT-stödet KLARA SVPL. Riksdagen har genom beslut 7 maj 2003 ändrat förutsättningarna för informationsöverföring, samordnad vårdplanering och betalningsansvar för utskrivningsklara patienter. Detta har skett via ändringar i lagen (1190:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Det föreligger en överenskommelse om regiongemensam inriktning för nya rutiner för samordnad vårdplanering för utskrivna patienter m.m. antagen av kommunerna i Västsverige (Västkom) och Regionen (VGR). Socialstyrelsen har i december 2005 kommit med föreskrifter vid tillämpning av lagen (SOF 2005:27). Projekt KLARA SVPL Samordnad vårdplanering har pågått sedan 2005. Projektet har varit gemensamt mellan regionen och de 49 kommunerna i Västra Götaland. Projektet har varit ett utredningsprojekt då huvudsyftet är att skapa möjligheter till ökad kvalitet och säkerhet i den samordnade vårdplaneringsprocessen samt förenkla processen kring de planerade utskrivningsklara patienterna. I övrigt har syftet varit att respektive huvudman ska komma överens om en gemensam rutin avseende utskrivningsklara patienter för att möjliggöra ett standardiserat elektroniskt utbyte av överenskommen information. Men även att hitta IT-lösningar där respektive organisations utgångsläge beaktas kopplat till prioriterade krav. Lösningen omfattar både betalningsperspektivet och vård- och

omsorgsperspektivet. Införandeprocessen pågår fortfarande och det är nu som varje parts fortsatta arbete börjar med att ta fram hållbara rutiner, såväl internt som gentemot parter inom samverkansorganisationer men även gentemot övriga Västra Götaland. Den framtagna Gemensamma Rutintillämpningen måste föras fram och bevakas så att den följs av nuvarande KLARA SVPL koordinators.

Avvikelse rapportering/-hantering - I SIMBA-området ska finnas en gemensam, enhetlig avvikelse rapportering för informationsöverföring och samordnad vårdplanering.

Åtgärd:

Koordinator för KLARA SVPL utformar en blankett tillsammans med KLARA SVPL gruppen som ska faxas eller mailas. Se över möjligheten att kunna samutnyttja nuvarande rapport även till övriga avvikelser.

1:3 Närområdesplaner/närområdesgrupper, en per kommun

De som är sammankallande ingår i SIMBAs ledningsgrupp och rapporterar kontinuerligt om hur det går i närvårdsgруппerna. Närvårdsgруппernas arbete regleras i Krav- och kvalitetsboken för VG Primärvård för de avsnitt som gäller samverkan, sjukhus, kommun och primärvård.

Åtgärd:

Samordningsansvarig kallar till möte två veckor innan ledningsgruppens möte.

1:4 AKO, allmänläkarkonsult verksamhet – samverkansformer

Syftet med AKO-verksamhet vid Kungälv's sjukhus är att få ett gemensamt synsätt inom SIMBA-området. Arbetssättet bygger på kollegial dialog där en läkare från primärvården möter en läkare på respektive klinik och går igenom viktiga samarbetsfrågor. Det kan gälla medicinska och organisatoriska frågor. Utbildningstillfällen arrangeras. Utbildningsläkare, ST-läkare, kan ta ansvar för planeringsfasen och utses via studierektorerna på Kungälv's sjukhus samt allmänläkarkonsultkoordinators från primärvården. ST läkarna förankrar sitt arbete hos respektive verksamhetschef. Information sprids till allmänläkarna i SIMBA-området via AKO:s hemsida. Koordinatorfunktionen bör formaliseras.

Åtgärd:

AKO-verksamheten behöver resurser för koordinators och sekreterare samt mötesverksamhet. Former för detta utarbetas inom SIMBA.

Uppföljning

1:1 AVH-team, avancerad vård i hemmet, palliativt konsultativt team

Rapportering görs av verksamheten i SIMBAs ledningsgrupp

1:2 Utskrivningsklara patienter

Kontinuerlig uppföljning vid varje ledningsgruppsmöten i SIMBA av avvikelser i systemet KLARA. KLARA SVPL representanten tar upp avvikelserna kontinuerligt i KLARA SVPL gruppen.

1:3 Närområdesplaner

Rapport en gång per år till SIMBAs ledningsgrupp om hur närområdesgruppens arbete har fungerat.

Målområde 2

Omhändertagande på rätt vårdnivå

Vårdgivare inom primärvården har ett definierat ansvar för sina listade invånare. Tillgängligheten på vårdcentralerna regleras genom Krav- och kvalitetsboken i VG Primärvård. På kvällar och på dagtid under helger finns fyra jourcentraler som täcker akutbehoven inom primärvården. Akutmottagningen på Kungälv's sjukhus kompletterar nattetid. Kommunens mål är att behålla kända patienter på hemmaplan.

Uppdrag 2011 – 2014

2:1 Förkortade väntetider vid akutmottagningen på Kungälv's sjukhus

Alla patienter som hör till primärvården ska hänvisas till primärvården. Det finns fyra jourcentraler i området.

Åtgärd:

Fortsatt arbete med triagering enligt ny modell. Införa digital bokning på vårdcentraler när så tillåts.

2:2 Uppföljning av läkarinsatser på de särskilda boendena efter vårdvalet

Åtgärd:

Årlig genomgång i SIMBAs ledningsgrupp.

Uppföljning

2:1 Förkortade väntetider vid akutmottagningen på Kungälv's sjukhus

Redovisning av Kungälv's sjukhus egna statistik.

2:2 Uppföljning av läkarinsatser på de särskilda boendena efter vårdvalet

Redovisning av avtal mellan region och kommun angående läkarinsatser och hur det fungerat.

Målområde 3

Strokevårdkedjan

Befolkningen ska öka sin kunskap om stroke. Alla strokepatienter ska få vård enligt de nya nationella riktlinjerna. Kompetens om stroke hos personal som möter stroke-drabbade ska öka. Professionellt stöd till anhöriga skall erbjudas.

Uppdrag 2011 – 2014

3:1 Informationskampanj till befolkningen

Regionen kommer att genomföra en treårig informationskampanj som riktar sig till invånarna inom regionen. Målet är att öka kunskapen hos invånarna så man söker sjukvården akut vid strokesymtom. Broschyrer och affischer kommer att tas fram. Information ska spridas till berörda i regionen och i kommunerna.

Åtgärd:

Informationsansvariga inom sjukhus, primärvård och kommun ska i respektive organisations interna kommunikationsarbete lyfta fram och medverka till att kampanjens syfte och innehåll blir känd.

3:2 Alltid lägga in patienten på sjukhus vid misstänkt TIA

Det nya vårdprogrammet innebär att alla med TIA-symtom skall läggas in akut.

Åtgärd

3:2.1 Akut inläggning för utredning och behandling av alla patienter.

3:2.2 TIA-modulen inom Riks-Stroke ska användas.

3:2.3 Sjuksköterskor och läkare på vårdcentral ska ha goda kunskaper om stroke och känna igen TIA-symtom.

3:3 Vård på strokeenhet

För närvarande vårdas en mycket hög andel av patienter med stroke på sjukhusets strokeavdelning.

Åtgärd:

Alla patienter som ej är i behov av intensivvård ska vårdas på strokeenhet.

3:4 Optimal vårdtid på sjukhus

I SIMBAs område är vårdtiderna redan idag relativt korta. Den samordnade vårdplaneringen kan förbättras i syfte att underlätta utskrivning. För strokepatienter med milda till måttliga kvarstående symtom är tidig utskrivning i kombination av hemrehabilitering positiv ur patientperspektiv.

Åtgärd:

Ta fram förutsättningar ex. en checklista innefattande de åtgärder ska som ska vidtagas för att så många som möjligt kan återgå till det ordinära boendet.

3:5 Tidigt strukturerat omhändertagande i kommunen

Kommunernas omsorg behöver ha kompetens att möta patienterna och ta vid och ge stöd efter utskrivning från strokeheten.

Åtgärd:

Utveckling av strokekompetens hos berörda.

3:6 Anhörigstöd/Utbildning

Ökad kunskap hos patienter och anhöriga bidrar till ökad autonomi och höjd livskvalitet och syftar till att i slutändan stärka patientens ställning.

Åtgärd:

Tillskapa patient och närstående utbildning med stöd av Kompetenscentrum för patient och närstående i VGR.

3:7 Multiprofessionella stroke team byggs upp mellan sjukhus, primärvården och kommunerna

Hälso- och sjukvården kan skriva ut patienter med milda och måttliga symtom tidigare under förutsättning att patienten får rehabilitering av ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam med arbete enbart riktad till strokedrabbade. Teamet ska arbeta med direkt patientarbete.

Åtgärd:

Särskild utredning av lämplig organisatorisk tillhörighet samt sammansättning och kapacitet.

3:8 Utbildning – personal

Gemensamt synsätt och kunskapsbas ökar förståelsen och bidrar till höjd kvalitet i vårdkedjan.

Åtgärd/Personal:

Riktad utbildning för all personal som kommer i kontakt med strokedrabbade.

Uppföljning

Uppföljning sker bland annat dels via strokeregistret samt i ordinarie verksamhetsuppföljning samt kontinuerligt i SIMBAs ledningsgrupp.

3:1 Informationskampanj till befolkningen

Redovisas i oktober varje år i SIMBAs ledningsgrupp.

3:2 Alltid lägga in patienten på sjukhus vid misstänkt TIA

3:2.1 Antalet patienter med TIA redovisas årligen.

3:2.2 Anslutningsgrad till TIA-modulen följs halvårsvis.

3:2.3 Utbildningsinsatser redovisas årligen.

3:3 Vård på strokeenhet

Uppföljning via strokeregistret via ordinarie uppföljning.

3:4 Optimal vårdtid på sjukhus.

Vårdtider följs halvårsvis.

3:5 Tidigt strukturerat omhändertagande i kommunen

Avrapportering i SIMBA ledningsgrupp hösten 2011.

3:6 Anhörigstöd/Utbildning

Utbildningsinsatser redovisas årligen i SIMBAs ledningsgrupp.

3:7 Multiprofessionella stroteam byggs upp mellan sjukhus, primärvården och kommunerna.

Rapport till SIMBAs ledningsgrupp hösten 2011.

3:8 Utbildning – personal

Ett förslag tas fram och redovisas till SIMBAs ledningsgrupp under kvartal 2, 2011.

Målområde 4

Demensvårdkedjan

Socialstyrelsen har 2010 kommit med nationella riktlinjer gällande vård och omsorg vid demenssjukdom. Rekommendationerna omfattar hela vårdkedjan samt förebyggande arbete och riskfaktorer. Riktlinjerna kommer att medföra förändringar i omhändertagandet av de demenssjuka och deras anhöriga. Konsekvenserna bör bli ett omhändertagande med bättre kvalitet och god resurshushållning oberoende av organisationsgränser.

Uppdrag 2011 – 2014

4:1 Insatser grundas på evidensbaserad kunskap och beprövad erfarenhet om olika sociala insatser samt medicinska åtgärders effekter

Åtgärd:

Tidigt identifiera personer med begynnande demens. Jämföra faktisk och förväntad prevalens. En arbetsgrupp färdigställer kortfattat vårdprogram för utredning, diagnostik och behandling samt omvårdnadsåtgärder. Presenteras i samband med utbildningsinsatser.

4:2 Demenssjukdomens svårighetsgrad, funktionstillståndets omfattning och gruppens behov av kompenserande insatser och åtgärder ska bedömas

Åtgärd:

Tidigt kartlägga behovet av omvårdnads-/omsorgsåtgärder inom den kommunala verksamheten samt medicinskt omhändertagande inom primärvård och på Kungälvssjukhus.

4:3 Bästa tillgängliga kunskap om insatsens och åtgärdens kostnadseffektivitet samt kostnader

Åtgärd:

Använda metoder som är kostnadseffektiva och har ett mervärde för patienterna.

Metoder:

- a) personcentrerad omvårdnad
- b) multiprofessionellt arbete
- c) utbildning och handledning av personal

Åtgärder:

- a) läkemedelsbehandling
- b) omvårdnad och omsorg
- c) dagverksamhet och särskilt boende
- d) stöd till anhöriga

Uppföljning

4:1 Insatser grundas på evidensbaserad kunskap och beprövad erfarenhet om olika sociala insatser samt medicinska åtgärders effekter

Arbetsgruppen redovisar vårdprogrammet. Därefter bör utbildningsinsatser göras under en genomförandefas.

4:2 Demenssjukdomens svårighetsgrad, funktionstillståndets omfattning samt gruppens behov av kompenserande insatser och åtgärder

Redovisa konsekvenser.

4:3 Bästa tillgängliga kunskap om insatsens och åtgärdens kostnadseffektivitet samt kostnader.

Redovisa planerade utbildningsinsatser.

Målområde 5

Kompetensutveckling, Utbildningar

Uppdrag 2011 – 2014

1. Samverkan, vårdplanering och mötesplatser

1:1 AVH-team, avancerad vård i hemmet, palliativt konsultativt team

Det finns ett utbildningsbehov för att överbrygga skillnader mellan kommun och landsting vad gäller t ex smärtlindring.

3. Strokevårdskedjan

3:6 Anhörigstöd/Utbildning

Tillskapa patient och närstående utbildning med stöd av Kompetenscentrum för patient och närstående i VGR.

3:8 Utbildning – personal

Riktad utbildning för all personal som kommer i kontakt med strokedrabbade.

4. Demensvårdskedjan

4:1 Insatser grundas på evidensbaserad kunskap och beprövad erfarenhet om olika sociala insatser samt medicinska åtgärders effekter

En arbetsgrupp färdigställer kortfattat vårdprogram för utredning, diagnostik och behandling samt omvårdnadsåtgärder. Presenteras i samband med utbildningsinsatser.

4:3 Bästa tillgängliga kunskap om insatsens och åtgärdens kostnadseffektivitet samt kostnader

Utbildning och handledning av personal.

7. Psykiatri

7:1 Gemensam kunskapsbas inom psykiatrin

Fortsatt arbete med gemensam kompetensutveckling och utbytestjänstgöring för baspersonal i enlighet med pågående statsbidrag.

8. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård

8:5 Utbildning och kunskapshöjande insatser

8:5.1 Anordna en kunskapshöjande konferens i februari/mars 2011.

9. Vård och omsorg om äldre över 75 år

9:4 Förebygga sjukdomsrelaterad undernäring bland äldre

9:4.1 Anordna utbildningar och lunchföreläsningar riktat till de äldre.

10. Läkemedel för äldre över 75 år

10:1 Optimera läkemedelsanvändningen inom SIMBA-området

10:1.5 Utbildningsinsatser för personal inom sjukhus, primärvård och kommun.

10:3 Minska förskrivningen av tre eller fler psykofarmaka

10:3.2 Utbildningsinsatser för personal inom sjukhus, primärvård och kommun.

Målområde 6

Rehabiliteringsgarantin

Samverkansparterna ska möjliggöra att de individer som har behov rehabiliteringsinsatser ska garanteras detta enligt rehabiliteringsgarantin inom sex till åtta veckor.

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tecknade år 2008 en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti. Rehabiliteringsgarantin omfattar två diagnosgrupper: personer med icke specifik smärta i rygg, nacke, axlar och lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa (ångest, depression, stress). Målgruppen utgörs av individer i arbetsför ålder, 16-67 år.

Individer som söker vård inom Västra Götalansregionens enheter, offentliga eller privata som regionen har avtal med garanteras:

- 1) medicinsk bedömning och ställningstagande till om tillståndet innebär att han/hon skulle vara betjänt av medicinsk rehabilitering
- 2) erbjudande om att påbörja och genomföra behandling/rehabilitering
- 3) erbjudande om evidensbaserade behandlingsåtgärder avseende medicinsk rehabilitering för ökad möjlighet till arbete, enligt fastställda regionala medicinska riktlinjer.

Uppdrag 2011 – 2014

6:1 Individer med icke specifik smärta i rygg, nacke, axlar ska erbjudas multimodal rehabilitering (MMR)

Rehabilitering för denna grupp innebär planerade och synkroniserade åtgärder som genomförs i team. Teamet ska omfatta minst tre professioner, vanligen sjukgymnast, arbetsterapeut och beteendevetare, samt alltid en läkare. Åtgärderna syftar till att stärka individens handlingskraft och ansvarstagande samt till att förbereda individen för återgång i arbete.

Åtgärd:

Utveckla ett multimodalt team i varje kommun för att förstärka samverkan kring individen och skapa utbud av evidensbaserade och medicinska rehabiliteringsinsatser inom SIMBA-området. Detta gäller både sjukhus, primärvård och kommun samt privata sjukgymnastik-/rehabenheter inom SIMBA-området.

6:2 Individer med psykisk ohälsa ska erbjudas kognitiv beteendeterapi (KBT)

Denna terapiform kombinerar inslag från både beteendeterapi och kognitiv terapi med syfte att påverka tankar, känslor och beteende i en positiv riktning.

Åtgärd:

KBT ska erbjudas på respektive vårdcentral och vid sjukhusets psykiatrimottagningar.

Uppföljning

6:1 Individer med icke specifik smärta i rygg, nacke, axlar ska erbjudas multimodal rehabilitering (MMR)

Följa utvecklingen av multimodala team i SIMBA-området. Följa statistik över antalet genomförda multimodala rehabiliteringsbehandlingar.

6:2 Individer med psykisk ohälsa ska erbjudas kognitiv beteendeterapi (KBT)

Följa statistik över antalet genomförda KBT-behandlingar.

Målområde 7

Psykiatri

Den nära vården inom målområde psykiatri skall kännetecknas av en långsiktig utvecklingsplan, evidensbaserad praktik och en gemensam kunskapsbas.

Samarbetet i SIMBAs psykiatrigrupp pågår i enlighet med ”Gemensamma riktlinjer för samarbetet kring psykiatri i SIMBA-området”. På basen av dessa finns lokala psykiatrigrupper som ligger till grund för samarbetet i de lokala psykiatrigrupporna i respektive kommun. Dessutom finns lokala handlingsplaner för missbruk och beroendefrågor i respektive kommun. En uppgift för SIMBAs psykiatrigrupp är att ha en controllerfunktion för de lokala psykiatrigrupporna.

För de s.k. Västbus-riktlinjerna (Gemensamma riktlinjer för kommunerna och regionen i Västra Götaland om samverkan avseende barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik) pågår samarbete i Västbus delregionala ledningsgrupp och de lokala Västbusgrupporna i respektive kommun.

Gemensamma arbetsuppgifter är:

- Att se till att processer för målgruppen fungerar mellan huvudmännen.
- Att implementera relevanta nationella och regionala riktlinjer som berör minst två av SIMBAs huvudmän.
- Att initiera gemensam kompetensutveckling.

Uppdrag 2011 – 2014

7:1 Gemensam kunskapsbas inom psykiatrin

Åtgärd:

- Fortsatt arbete med gemensam kompetensutveckling och utbytestjänstgöring för baspersonal i enlighet med pågående statsbidrag.
- Ny gemensam ansökan om statsbidrag för år 2011 för utbildning av personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.

7:2 Utveckla samarbetet för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa

Åtgärd:

- Ta fram en delregional genomförandeplan av ”Ett utvecklat samarbete – riktlinjer för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder”.
- Delta i arbetet med revidering av ”Råd för utredningsarbete på basnivån – enligt Västbus riktlinjer. Arbete inom skolväsendets obligatoriska och frivilliga skolformer i Västra Götalandsregionen.”
- Arbete med konsekvenser av kommande vårdkedjekartläggning av hälso- och sjukvård för barn och ungdomar i nämndområdet.

7:3 Främja kunskapsbaserad praktik

Åtgärd:

- Ta fram en plan för delregional implementering av Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010.
- Ta fram en plan för delregional implementering av de kommande nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

7:4 Vidareutveckla vårdprocesserna mellan huvudmännen

Åtgärd:

- Översyn av de gemensamma riktlinjerna för samarbetet kring psykiatri i SIMBA-området från 2007.
- Revidera lokala psykiatriplaner och lokala handlingsplaner för missbruk och beroendefrågor i respektive kommun.

Uppföljning

7:1 Gemensam kunskapsbas inom psykiatrin

Åtterrapporering till Socialstyrelsen i enlighet med villkor för statsbidrag och till SIMBAs ledningsgrupp.

7:2 Utveckla samarbetet för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa

Åtterrapporering till SIMBAS ledningsgrupp respektive Västbus styrgrupp.

7:3 Främja kunskapsbaserad praktik

Åtterrapporering till SIMBAS ledningsgrupp.

7:4 Vidareutveckla vårdprocesserna mellan huvudmännen

Åtterrapporering till SIMBAS ledningsgrupp.

Målområde 8

Hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Vidareutveckla arbetet för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård utgör ett av målområdena i riksdagens mål för folkhälsan (Riksdagens Mål för folkhälsan 2002/03:35, målområde 6). Hälsofrämjande sjukvård är ett begrepp, som betecknar en hälso- och sjukvård som arbetar för en läkande miljö för patienten, en hälsofrämjande arbetsplats för personalen och som agerar i samverkan med samhället utanför.

Hälsoorientering innebär att skapa en effektivare hälso- och sjukvård genom en tydligare målorientering mot förbättrad hälsa hos patienter, medarbetare och befolkning.

Detta innebär en utmaning till vården att utforma strategier som utvecklar det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet, strategier som kan bidra till en generell sett mer effektiv hälso- och sjukvård.

Uppdrag 2011 – 2014

8:1 Utveckla/vidareutveckla ett hälsofrämjande förhållningssätt inom primärvården, sjukhuset och den kommunala hälso- och sjukvården

Åtgärd:

Närsjukvården skall stödja hälsofrämjande och förebyggande insatser på individ, grupp- och befolkningsnivå. Detta innebär att systematiskt integrera relevanta hälsofrämjande och förebyggande aspekter i alla patient- och anhörigkontakter samt att behandla sjukdom och rehabilitera efter en sjukdomsperiod, men också hos den kroniskt sjuka stödja individens möjligheter att leva ett bra liv.

De insatser som ges ska stödjas från både sjukhus, primärvård och kommun, vad gäller vikten av goda matvanor och fysisk aktivitet och/eller minskat bruk av tobak, alkohol.

8:2 SIMBAs ledningsgrupp är tillika ”styrgrupp” för hälsofrämjande hälso- och sjukvård inom SIMBA-området

Åtgärd:

Som en del i SIMBAs ledningsgrupps uppdrag ska ingå att vara ”styrgrupp” för vidareutveckling av ”En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård” inom SIMBA-området.

8:3 Kompetensgrupp/nätverk för folkhälsoarbete samt hälsofrämjande hälso- och sjukvård – befolknings- och arenaperspektiv

I kompetensgruppen ingår kommunernas folkhälsoplanerare/samordnare, representanter för Kungälvss sjukhus, tandvården samt primärvårdsrepresentanter från närområdesgrupperna samt SIMBAs processledare.

Åtgärd:

8:3.1 Kompetensgruppen får uppdrag av SIMBAs ledningsgrupp. Gruppen utvecklar en årlig aktivitetsplan.

8:3.2 Aktivitetskatalogen utvecklas och hålls aktuell.

8:4 Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder

Socialstyrelsen kommer under 2010 att publicera riktlinjer för det sjukdomsförebyggande arbetet. Riktlinjerna ska ge rekommendationer om hur beslutsfattare och hälso- och sjukvårdspersonal på bästa sätt kan hjälpa enskilda patienter att förändra sina levnadsvanor. Socialstyrelsen har valt fyra levnadsvanor: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet. Målet med riktlinjerna är att hitta effektiva metoder för att påverka dessa levnadsvanor.

Åtgärd:

Implementering av riktlinjerna inom sjukhuset, primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården.

8:5 Utbildning och kunskapshöjande insatser

Åtgärd:

8:5.1 Anordna en kunskapshöjande konferens i februari/mars 2011.

Uppföljning

8:1 Utveckla/vidareutveckla ett hälsofrämjande förhållningssätt inom primärvården, sjukhuset och den kommunala hälso- och sjukvården

Styrgruppen ansvarar för att arbetet med uppföljning sker utifrån befintliga samverkansstrukturer.

8:3 Kompetensgrupp/nätverk för folkhälsoarbete samt hälsofrämjande hälso- och sjukvård – befolknings- och arenaperspektiv

Återkoppling sker till ”styrgruppen” (SIMBAs ledningsgrupp) en gång per år.

8:4 Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder

Redovisning av hur arbetet fortskrider.

8:5 Utbildning och kunskapshöjande insatser

Redovisning av genomförd konferens.

Målområde 9

Vård och omsorg om äldre över 75 år

Fler friska år till alla över 75 år. Vård och omsorg ska karaktäriseras av kontinuitet och sammanhang för den enskilde.

I SIMBA-området förväntas en påtaglig ökning av antalet äldre. Det förväntas att antalet äldre som kommer att söka vård ökar med nästan en tredjedel. Med det ökande antalet äldre i SIMBA-området kommer fler att drabbas av fallskador, stroke och demens.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser ger positiva effekter på hälsan och livskvaliteten hos äldre personer. Även på äldre dagar har man behov av social gemenskap/aktivitet, god självkänsla/självständighet, brett utbud av olika boendeformer och närområdets utformning.

De mest sjuka äldre har ett särskilt stort behov av en individanpassad, samordnad och kontinuerlig vård och omsorg som ställer stora krav på helhetssyn och samverkan över professions- och organisationsgränser.

Uppdrag 2011 – 2014

9:1 Mer fysisk aktivitet till äldre över 75 år

Fysisk aktivitet främjar hälsan och ett gott åldrande, minskar risken för högt blodtryck och åldersdiabetes samt har god effekt på det psykiska välbefinnandet.

Åtgärd:

Fler FaR-recept till äldre och främjande av gruppaktiviteter. Råd om motion vid utskrivning från sjukhuset.

9:2 Sociala nätverk är positivt för äldres hälsa. ”Tunna band” – sociala relationer

Åtgärd:

Underlätta för sociala kontakter och skapa mötesplatser för äldre.

9:3 Patienten bör ha en namngiven läkare i primärvården

Åtgärd:

Arbeta för att varje patient ska kunna få en namngiven läkare i primärvården.

9:4 Förebygga sjukdomsrelaterad undernäring bland äldre

Genom att främja goda matvanor minskar risken för sjukdomsrelaterad undernäring bland äldre. Undernäring drabbar över 10 procent av befolkningen över 65 år. Orsakerna är både sociala och medicinska – underliggande sjukdom, minskad rörlighet och social isolering.

Åtgärd:

9:4.1 Anordna utbildningar och lunchföreläsningar riktat till äldre.

9:4.2 Väg alla äldre vid vårdkontakt.

9:5 Antalet oplanerade och undvikbara inläggningar av äldre på Kungälvssjukhus ska minska

Många äldre läggs in på sjukhus trots att problemet hade kunnat lösas i samverkan mellan läkare och det särskilda boendet eller genom hemsjukvården, vilket oftast är skonsammare för den äldre. De allra äldsta, 80 och äldre, utgör det stora flertalet besökande på sjukhusets akutmottagning, både i absoluta tal och relativt, d.v.s. mätt som antal besök/inskrivningar per 1 000 invånare.

Åtgärd:

9:5.1 Kartläggning och identifiering av de patienter/grupper som berörs av målområdet.

9:5.2 Se över hela vårdprocessen i respektive kommun gentemot Kungälvssjukhus. Detta berör vårdcentralerna, hemsjukvården, akutmottagningen på sjukhuset, ambulansverksamheten samt sjukvårdsrådgivningen.

9:5.3 Kommunvisa handlingsprogram kopplat till arbetet i närområdesplanen ska utarbetas i respektive kommun.

9:6 Minska fallolyckor bland äldre

Äldres fallolyckor är ett stort och växande folkhälsoproblem som medför mycket mänskligt lidande och betydande samhällsekonomiska konsekvenser. Alla berörda bör intensifiera förebyggande insatser. Påverkbara faktorer är läkemedelskonsumtion, livsstilsfrågor och faktorer i den fysiska miljön.

De flesta rapporterade fallolyckorna sker i hemmet eller i dess närmiljö. I vissa boendeformer, som servicehus och särskilda boenden, liksom på sjukhus, sker det fler fall och frakturer per individ än i andra miljöer.

Skadeförebyggande insatser, generella och individrelaterade, minskar risken för fall och fallskador. Följande grupper bör visas extra stor uppmärksamhet: äldre som fallit tidigare, äldre med benskörhet, äldre som ser dåligt och äldre som äter många läkemedel och/eller lugnande och läkemedel mot depression.

Åtgärd:

9:6.1 Kartlägga hur skaderegistrering sker på Kungälvssjukhus, vårdcentralerna och i kommunerna.

9:6.2 Framtagande av åtgärdslista för förebyggande insatser.

Beskrivning av vad som görs idag inom respektive kommun, t.ex. utbildning för personal, anhöriga, patienter, fallförebyggande hembesök hos äldre, "Säkerhetsrond".

9:6.3 Utarbeta handlingsplan i respektive kommun inom SIMBA-området.

Uppföljning

9:1 Mer fysisk aktivitet till äldre över 75 år

Följa upp antalet utskrivna FaR-recept till äldre, inom primärvården och inom sjukhuset. Mäta antalet utskrivningsmeddelande där motionsråd givits.

9:2 Sociala nätverk är positivt för äldres hälsa. "Tunna band" – sociala relationer

Beskriva de åtgärder som gjorts och de mötesplatser som skapats för att främja de sociala kontakterna.

9:3 Patienten bör ha en namngiven läkare i primärvården

Hur många patienter som har en namngiven läkare i primärvården.

9:4 Förebygga sjukdomsrelaterad undernäring bland äldre

9:4.1 Mäta antalet utbildningar och lunchföreläsningar som riktats till äldre.

9:4.2 Andel personer som blir vägda vid vårdkontakt.

9:5 Antalet oplanerade och undvikbara inläggningar av äldre på Kungälvssjukhus ska minska

9:5.1 Redovisning av kartläggningen.

9:5.2 Redovisa vårdprocessen och mät antalet oplanerade och undvikbara inläggningar på Kungälvssjukhus.

9:5.3 Redovisning av kommunvisa handlingsprogram kopplat till arbetet i närområdesplanen i respektive kommun.

9:6 Minska fallolyckor bland äldre

9:6.1 Återkoppling av statistik till SIMBAs ledningsgrupp.

9:6.2 Redovisning av åtgärdslista för förebyggande insatser.

9:6.3 Redovisa handlingsplaner för respektive kommun inom SIMBA-området.

Målområde 10

Läkemedel till äldre över 75 år

Rätt läkemedel till rätt person vid rätt tillfälle.

Andelen äldre som konsumerar många läkemedel är högre i regionen än i riket. Den totala läkemedelskonsumtionen förväntas öka avsevärt. Äldres läkemedelsbehandling behöver ses över i syftet att minska läkemedelsrelaterade problem.

Uppdrag 2011 – 2014

10:1 Optimera läkemedelsanvändningen inom SIMBA-området

Åtgärd:

- 10:1.1 Identifiera olämplig läkemedelsanvändning.
- 10:1.2 Följa upp att följsamheten till VGPVs åtgärdskod UV022 (läkemedelsavstämning för alla över 75 +) sker på respektive vårdcentral.
- 10:1.3 Patienten bör ha en läkare med samordningsansvar för patientens totala läkemedelsbehandling och patienten ska ha en egen aktuell läkemedelslista.
- 10:1.4 Minska och ersätt APO-DOS med en dosett i tillämpliga fall. Minska nyinsättande av APO-DOS.
- 10:1.5 Utbildningsinsatser för personal inom sjukhus, primärvård och kommun.

10:2 Följsamhet till REK-listan

Åtgärd:

- 10:2.1 Återkoppling av läkemedelsstatistik på vårdenhetsnivå.
- 10:2.2 Information om följsamheten till REK-listan för förskrivare på sjukhus, primärvård och kommun.

10:3 Minska förskrivningen av tre eller fler psykofarmaka

Åtgärd:

- 10:3.1 Ta fram läkemedelsstatistik halvårsvis.
- 10:3.2 Utbildningsinsats för personal inom sjukhus, primärvård och kommun.

Uppföljning

10:1 Optimera läkemedelsanvändningen inom SIMBA-området

- 10:1.1 Punktprevalensmätning.
- 10:1.2 Mäta antalet patienter med VGPVs åtgärds kod UV022 (läkemedelsavstämning för alla över 75 +) sker på respektive vårdcentral.
- 10:1.3 Hur många patienter som har en läkare med samordningsansvar för patientens totala läkemedelsanvändning. Hur många patienter har en egen läkemedelslista?
- 10:1.4 Mäta antalet patienter med APO-DOS.
- 10:1.5 Redovisa antalet utbildningsinsats.

10:2 Följsamhet till REK-listan

- 10:2.1 Återkoppling av läkemedelsstatistik på vårdenhetsnivå.
- 10:2.2 Information om följsamheten till REK-listan för förskrivare på sjukhus, primärvård och kommun.

10:3 Minska förskrivningen av tre eller fler psykofarmaka

- 10:3.1 Följa förskrivningsmönster. Redovisning.
- 10:3.2 Redovisa antalet utbildningsinsatser för sjukhus, primärvård och kommun.

Hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Det som utmärker en hälsofrämjande hälso- och sjukvård är ett brett samhälleligt perspektiv på sjukvårdens roll samt att sjukvårdens målsättning - en god hälsa på lika villkor - lyfts fram tydligare.

En hälsofrämjande hälso- och sjukvård i Sverige tar sin utgångspunkt i Världshälsoorganisationens (WHO:s) modell och kännetecknas av fyra övergripande perspektiv:

Individ- och patientperspektiv:

- Främja en positiv hälsoutveckling hos individer. Utveckla sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser i hälso- och sjukvården.

Befolkningsperspektiv:

- Främja en jämlik hälsoutveckling i befolkningen. Utveckla kunskapsförmedling och aktivt medverka i folkhälsoinsatser.

Personalperspektiv:

- Främja en positiv hälsoutveckling hos den egna personalen samt öka personalens förutsättningar att arbeta hälsoinriktat.

Styr- och ledningsprocessen:

- Använda hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård.
- En hälsoinriktad hälso- och sjukvård fokuserar på i vilken mån vårdens samlade insatser bidrar till bättre hälsa, för den enskilde och för befolkningen, när det gäller minskad dödlighet och sjuklighet, förbättrad funktionsförmåga, större välbefinnande och högre hälsorelaterad livskvalitet.

Sveriges Kommuner och Landsting har tagit fram en modell för ”Hälsa i bokslut – Indikatorer för en hälsoorientering i styrning, ledning och uppföljning av hälso- och sjukvården” som ansluter till dessa dimensioner.

Definition av hälsofrämjande och förebyggande arbete

Socialstyrelsens har i sitt terminologiarbete under hösten 2009 uppdaterat begrepp inom området levnadsvanor. Dessa finns publicerade i termbanken och här presenteras hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.

Hälsofrämjande åtgärd eller insats

- *Stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande*
 - Hälsofrämjande åtgärder fokuserar på människors självskattade bedömning av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Avsikten är att stärka människors möjlighet till delaktighet och tilltro till egen förmåga.
 - Hälsofrämjande åtgärder kan vara individinriktade, gruppinriktade (gentemot grupper i befolkningen) eller strukturinriktade (gentemot samhällsstrukturer).

Förebyggande åtgärd

- *Förhindra uppkomst av eller påverka förlopp av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem (inom vård och omsorg)*
 - Förebyggande åtgärder delas in i primär- och sekundärprevention.

