

Huvudprocesser – Vård- och omsorgsboende

Riktlinje avsedd för Region Örebro
län och kommunerna i Örebro län

Huvudprocesser – Vård- och omsorgsboende

Riktlinje avsedd för Region Örebro län och kommunerna i Örebro län

Författad av: Dag Salaj, överläkare, Region Örebro län

Beslutad av: Chefsgrupp för samverkan social välfärd samt vård och omsorg



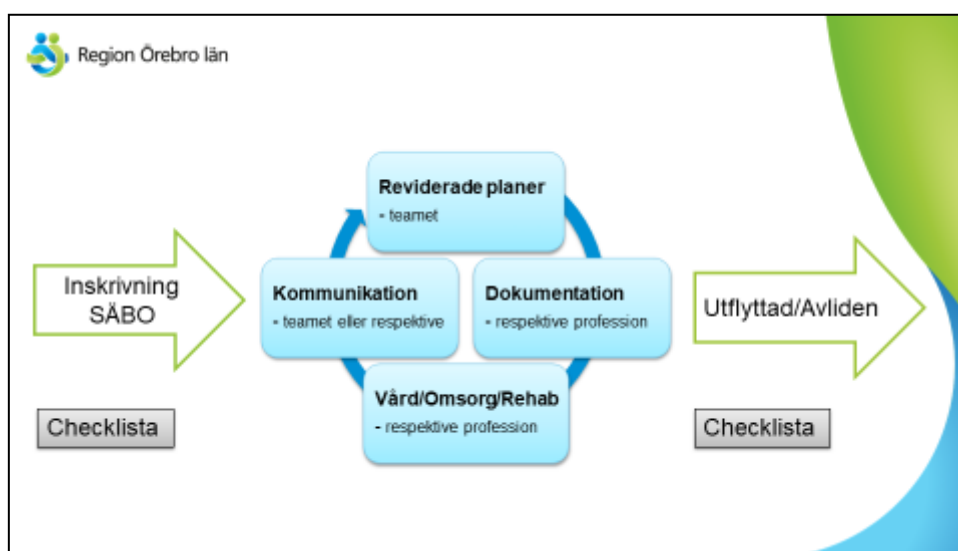
Innehåll

1. Generella begrepp – vad avser vi med vissa termer i detta sammanhang	4
2. Vård-/Omsorgs-/Rehab-insatser	4
3. Kommunikation	5
4. Planer och reviderad planering	6
5. Dokumentation	6
6. Referenser	7

1. Generella begrepp – vad avser vi med vissa termer i detta sammanhang

Team: I riktlinjerna avser vi den personal som samarbetar för att vårda patienten och att kommunicera med patient och närstående. I ett vidare begrepp ser vi även patient och närstående som centrala i teamet men instruktionerna i detta dokument avser alltså personal.

Vårdplan: En plan för de insatser som ska utföras för patienten/brukaren och som skall vara kommunicerade med densamma och med närstående. Planen skall inkludera (men är inte begränsad till) planering vid försämring samt eventuella behandlingsbegränsningar.



2. Vård-/Omsorgs-/Rehab-insatser

Processen Vård-/Omsorgs-/Rehab-insatser har förutsättningar att fungera om:

Teamets medlemmar utför inom ramen för sina professioner de uppgifter som planerats löpande i vården av patienten/individens.

Sjuksköterskan arbetsleder omvårdnadspersonalen utifrån individens omvårdnadsbehov och utför och dokumenterar sina genomförda vårdåtgärder i kommunens/boendets vårdinformationssystem. Sjuksköterskan utför riskbedömningar och dokumenterar dessa på anvisade sätt.

Rehabiliteringsinsatser inklusive av förebyggande slag bedöms och planeras av fysio- och arbetsterapeut och dokumenteras och kommuniceras på så sätt att omsorgspersonalen kan arbetsledas i utförandet.



Medicinska bedömningar görs av läkare planerat samt då behov uppstår. Läkaren planerar fortsatta utredningar och behandlingar i samråd med patienten och sjuksköterskan. Läkaren dokumenterar sina bedömningar i regionens journalsystem.

Läkaren ansvarar för att läkemedelsgenomgång genomförs regelbundet för samtliga patienter med den frekvens som behövs, dock minst en gång per år. Läkare och sjuksköterska planerar gemensamt dessa genomgångar och sjuksköterskan säkerställer att ordinerade prover är tagna och tester som planerats är genomförda inför läkemedelsgenomgången.

Mått på Vård-/Omsorgs-/Rehab-insatser:

Avvikelse inom området respektive profession + avvikelser gällande teamsamarbetet.

Utdata från journal- och/eller ärendesystem.

3. Kommunikation

Processen Kommunikation har förutsättningar att fungera om:

Patientens behov och önskemål/samtycken styr vad som ska kommuniceras, till vem och hur. I de fall som patienten på grund av sjukdom har begränsade förmågor att kommunicera, så blir det särskilt viktigt att stämna av med närstående för att så långt möjligt klarlägga patientens behov.

Kommunikationen dokumenteras i journalsystemen.

Vid förändrat tillstånd ansvarar omvårdnadsansvarig sjuksköterska för kommunikation med närstående, om inte annat bestäms i teamet.

Ansvarig läkare kommunicerar till patient och närstående beslut som fattas kring övergripande medicinsk planering inklusive eventuella behandlingsbegränsningar samt brytpunktssamtal vid inledande av vård i livets slut, om inte annat bestäms i teamet.

Om möjlighet finns för teamet att tillsammans kommunicera med patient och/eller närstående så är det generellt en fördel för den fortsatta planeringen. Sådan gemensam kommunikation bör alltid rekommenderas och erbjudas vid risk för konflikter med patient eller närstående eller om medlem i teamet ber om det.

Mått på Kommunikation:

Avvikelse inom området Kommunikation.

4. Planer och reviderad planering

Processen Vårdplanering har förutsättningar att fungera om:

En vårdplan ska upprättas i samråd med patient och närstående i samband med inskrivningssamtalen, där inriktningen på vården ska framgå. Inskrivningen är inte slutförd förrän planen är dokumenterad i respektive professions journalsystem, och kommunicerad med patient och med närstående enligt överenskommelse.

Vårdplanen ska finnas tillgänglig för all vårdpersonal som vårdar patienten. Den behöver därför vara läsbar i NPÖ. För närvarande finns endast möjlighet för läkarens journalsystem att skicka information till NPÖ varför kravet i nuläget är att den medicinska planen ska finnas dokumenterad där och läsbar i NPÖ för övriga teamet. I den medicinska vårdplanen dokumenteras eventuella behandlingsbegränsningar samt hur sannolika medicinska händelser ska hanteras.

Teamets medlemmar ser över sina respektive planer vid behov, efter återkomst från sjukhusvård, vid förändrat grundtillstånd samt minst en gång årligen tillsammans, i syfte att säkerställa att patientens mål är uppdaterade och kända. Förändrad inriktning av vården och behandlingsbegränsningar skall alltid föras in i läkarjournalen. Förändringar av planerna sker i samråd med patient och med närstående enligt överenskommelse.

Återkommande riskbedömningar ska göras för nutrition, fall, sår och munhälsa.

Mått på Vårdplanering:

VåBo: Antal anteckningar Vårdplan för en period / antal listade individer under samma period.

5. Dokumentation

Processen Dokumentation har förutsättningar att fungera om:

Varje profession ansvarar för dokumentation i sitt respektive journalsystem.

Dokumentation sker och signeras i nära anslutning till planering av eller utförd vård.

I syfte att kunna ge en god och säker vård över huvudmannagränserna så behöver teamets medlemmar ha tillgång till varandras dokumentation. Även om förutsättningarna för detta delvis saknas i nuläget så är målet att säkerställa fullständig tillgång för samtliga teamets medlemmar. Patientens tillstånd behöver inhämtas i samband med inskrivning/inflyttning.

Mått på Vårdokumentation:

Beror av möjligheterna till utdata från respektive professions journalsystem. Inga manuella kodregistreringar ska krävas.

- Diagnoser och vissa centrala åtgärder kravställda i KoK-boken: ICD-10, KVÅ
- Omvårdnads- och rehabiliteringsåtgärder: KVÅ
- Funktionsbedömning och målsättande för rehabilitering: ICF

6. Referenser

[Kunskapsstöd för Samverkande hälso- och sjukvård i hemmet, framtagen av NAG Medicinsk samverkan och läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård](#)