

Område: Trygg och säker Hälso- och sjukvård	Version: 2	Giltig fr.o.m. 2017-06-01	Ersätter: Version 1
Ansvarig: Enhetschef Utredningsenhet Hälso- och sjukvård	Ansvarig för revidering: Palliativa vårdsmordnare		Granskad av: Enhetschef och gruppledare Utredningsenheten Hälso- och sjukvård
Beslutad av: Enhetschef Utredningsenhet Hälso- och sjukvård	Beslutad datum: 2016-09-30	Revideras datum: 2018-09-30	Intern/extern: båda
Omfattar enhet/verksamhet: Vård och omsorg förvaltning och Förvaltningen för funktionshindrade			Ärendenummer: Sov 299/2017

Vårdplanering och samordning vid behov av palliativ vård

Innehåll

Palliativ vårdsamordnares ansvar	3
Syfte med rutinen	3
Målsättning	3
Målgrupp	3
Metod	4
Säker utskrivning	5
Kallelse till vårdplanering.....	5
Vårdplanering och samordning	5
<i>Vårdplanering vid behov av allmän palliativ vård</i>	5
<i>Vårdplanering vid behov av specialiserad palliativ vård</i>	6
Vårdplanen i Lifecare	6
Samarbete med ASIH gällande personer som inte vårdplans på sjukhuset	7

Palliativ vårdsamordnares ansvar

Palliativ vårdsamordnare är anställda av Utredningsenheten Hälso- och sjukvård på Myndighetsavdelningen i Örebro kommun.

Palliativ vårdsamordnare har delegation att fatta tidsbegränsat beslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) inom vård och omsorgsförvaltningen. Palliativ vårdsamordnare tar emot ansökan, kartlägger, utreder och fattar beslut om insatser såsom omsorg, avlösning i hemmet, matjänst, service, trygghetslarm och korttidsvård.

Palliativ vårdsamordnare ansvarar att i samband med utskrivning från sjukhuset inhämtar information om behov av medicinska insatser samt samordna vård och omsorgsinsatser för personer som är i behov av palliativ vård.

Palliativ vårdsamordnare ska säkerställa informationsöverföringen mellan Regionen, Primärvårdens sjukvårdsorganisation och kommunens hemsjukvård.

Syfte med rutinen

Rutinen ska tydliggöra modellen som används av Örebro kommun vid utskrivning från sjukhuset för personer i behov av palliativ vård samt förtydliga palliativ vårdsamordnarens ansvar.

Målsättning

Målsättningen är att den enskilde ska känna trygghet, begriplighet och delaktighet under och efter vårdplaneringen. Efter sjukhusvistelsen ska den enskilde få rätt vård och omsorg i rätt tid, på rätt plats och av rätt person.

Målgrupp

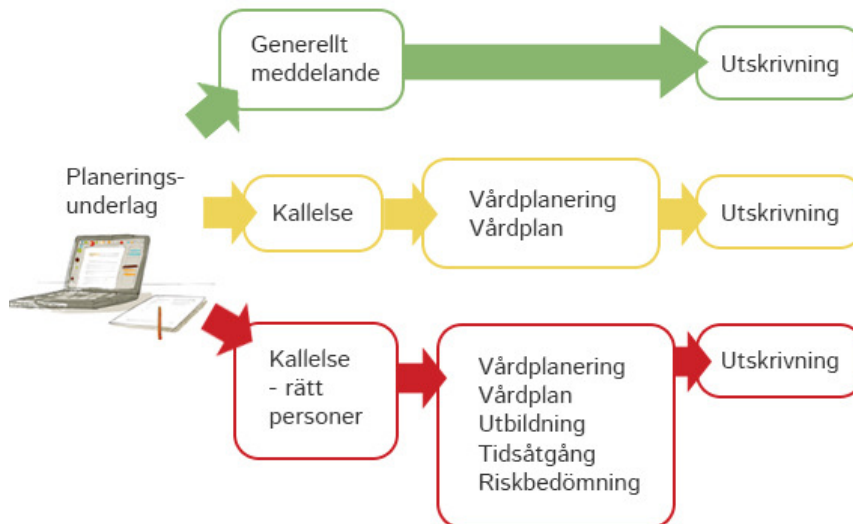
Utskrivningsklara personer som bor i ordinärt boende inom Vård och omsorgsförvaltningen och är i behov av palliativ vård och/eller kommunal omsorgsinsatser efter sjukhusvistelsen inom Region Örebro län.

Metod

Vårdplaneringarna som genomförs följer ViSam-modellen¹. ViSam-modellen är framtagen med syfte att förbättra kvalitet och ge förutsättningar för en sammanhållen vård och omsorg i Örebro län.

Planering, samverkan och insatser sker utifrån den enskildes delaktighet, önskemål och behov.

Enligt ViSam-modellen kan samordning vid utskrivning ske enligt tre olika spår. Planeringsunderlaget visar när utskrivningsprocessen skall ske enligt grönt, gult eller rött spår beroende på om personen har ett förändrat eller oförändrat behov av insatser vid utskrivning från sjukhuset. Vid gult och rött spår behöver vårdplaneringsmöte hållas och vårdplan skapas innan utskrivning. Vid grönt spår kan personen gå hem med oförändrade insatser.



¹ <http://www.visamregionorebro.se/>

Säker utskrivning

Information och kallelser skickas via informationsöverföringssystemet Lifecare Samordnad planering.

Kallelse till vårdplanering

Läkare på avdelningen bedömer att en person är utskrivningsklar och är i behov av stöd från kommunen, då skickar sjukhuset en kallelse till vårdplanering i Lifecare.

Palliativ vårdsamordnare tar emot kallelser som berör personer som är i behov av palliativ vård och bokar vårdplaneringsmöte. Örebro kommuns målsättning är att vårdplaneringsmötet bokas så snart som möjligt efter att kallelse inkommit.

Vårdplanering och samordning

Palliativ vårdsamordnare vårdplanerar, utreder, fattar beslut om insatser enligt SoL och samordnar HSL insatser som den enskilde har behov av.

Läkare på palliativa sektionen Örebro Universitetssjukhuset bedömer vårdinriktning på palliativ vård som är allmän eller specialiserad palliativ vård.

Vårdplanering vid behov av allmän palliativ vård

- Palliativ vårdsamordnare deltar i vårdplanering på sjukhuset tillsammans med sjuksköterska och/eller arbetsterapeut från avdelning.
- Dokumenterar i HSL journal i Treserva under sökordet utskrivningsplanering.
- Meddelar sjuksköterska och arbetsterapeut i kommunen via funktionsbrevlåda i Treserva.²
- Dokumenterar SoL-beslut och meddelar utförare uppdrag via meddelande i Treserva.
- Meddela biståndshandläggare via Treserva behov av uppföljning gällande SoL-beslut.

² Enligt Rutin för Treserva brevlådor.

Vårdplanering vid behov av specialiserad palliativ vård

- Palliativ vårdsamordnare deltar i vårdplanering på sjukhuset tillsammans med sjuksköterska och arbetsterapeut från ASIH, Avancerad sjukvård i hemmet.
- Dokumenterar SoL-beslut och meddelar utförare uppdrag via meddelande i Treserva.
- Meddelar biståndshandläggare via Treserva behov av uppföljning gällande SoL-beslut.
- Kontakta enhetschef/verksamhetschef och sjuksköterska på ASIH för att samordna informationsmöte gällande den enskildes omvårdnadsbehov.
- Meddelar mötesdatum, tid och plats till omvårdnadsgruppen, chefer till larmgrupp och nattpersonal, avdelningschef samt verksamhetsstödare via funktionsbrevlåda i Treserva.
- Deltar i informationsmöte tillsammans med sjuksköterska och arbetsterapeut från ASIH och omvårdnadsutförare samt är stöd för omvårdnadsutförare. Sjuksköterska och arbetsterapeut från ASIH ansvarar för överrapportering och information om vad inskrivning i ASIH innebär, delegerar och ger instruktion till omvårdnadspersonal om medicinska insatser.
- Läger palliativ HSL-beslut och administrerar vårdplan i treserva för att utförare ska kunna registrera i TES.
- Dokumentera i Treserva under viktig att veta, telefonnummer till ASIH samt att den enskilde är inskriven i ASIH.
- Efter dödsfall kontakter palliativ vårdsamordnare enhetschef/verksamhetschef och sjuksköterska på ASIH för att samordna möte för personaluppföljning. Mötesdatum, tid och plats meddelas till omvårdnadsutförare, chefer till larmgrupp och nattpersonal, avdelningschef samt verksamhetsstödare via funktionsbrevlåda i Treserva.
- Palliativ vårdsamordnare avslutar vårdplan och HSL-beslut.

Vårdplanen i Lifecare

Palliativa vårdsamordnare dokumenterar i vårdplan insatserna som beslutats under vårdplaneringsmötet utifrån den enskildes behov och önskemål. Palliativ vårdsamordnare säkerställer att sjukhuset har kontaktuppgifter till de utförare som ska ta emot uppdraget.

Samarbete med ASIH gällande personer som inte vårdplaneras på sjukhuset

- Palliativ vårdsamordnare kontaktas av palliativ vårdkoordinator på palliativa sektionen när remiss för behov av inskrivning i allmän palliativ vård är skickat till vårdcentral. Palliativa vårdsamordnare meddelar personuppgifter och behov av inskrivning i allmän palliativ vård via funktionsbrevlådan i Treserva till sjuksköterska och arbetsterapeut i kommunen. Palliativ vårdsamordnare dokumenterar i HSL journal i Treserva.
- Palliativ vårdsamordnare kontaktas av sjuksköterska/ arbetsterapeut/ kurator från ASIH när den enskilde som är inskriven i ASIH önskar/behöver komma i kontakt med biståndshandläggare. Palliativ vårdsamordnare tar emot personuppgifter, telefonnummer samt önskemål om insatser och meddelar detta till biståndshandläggare på mottagningsteam via Treserva funktionsbrevlåda. Palliativ vårdsamordnare lägger upp en aktualisering för SoL i Treserva.
- Palliativ vårdsamordnare kontaktas av sjuksköterska från ASIH som meddelar behov av informationsträff mellan omvårdnadsutförare och ASIH. Palliativ vårdsamordnare samordnar informationsträff som beskrivet under behov av specialiserad vård. Palliativ vårdsamordnare inhämtar information från sjuksköterska på ASIH om den enskilde behöver hjälp med HSL insatser som utföraren ska utföra.