

SLUTRAPPORT

StödJa

”projektet för ett rehabiliterande förhållningssätt”

Äldreomsorgen

Gullspångs kommun

Rebecka Forsberg

Projektledare

2012-02-10



”projektet för ett rehabiliterande förhållningssätt”



Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Bakgrund.....	3
Syfte och mål.....	4
Arbetsätt.....	4
Resultat.....	5
Kost- och matsituationen.....	5
Kontaktmannaskap och dokumentation.....	6
Meningsfull vardag.....	6
Bemötande.....	7
Teamarbete.....	8
Måluppfyllelse.....	9
Projektutvärdering.....	9
Erfarenheter från projektarbetet.....	11
Bilagor	
Nr 1.....	13
Nr 2.....	17
Nr 3.....	27
Nr 4.....	29
Nr 5.....	31

Slutrapport StödJa

”projektet för ett rehabiliterande förhållningssätt”

Sammanfattning

StödJa-projektet startade våren 2010 då man i äldreomsorgen i Gullspångs kommun ville jobba med frågor kring rehabiliterande förhållningssätt. Man stod inför ombyggnation av äldreboendet och ville även införa nya arbetssätt i samband med det. Syftet med projektet har varit att utveckla ett gemensamt arbetssätt och rehabiliterande förhållningssätt hos all personal inom äldreomsorgen. Målet har riktats mot att skapa förutsättningar för att kunna arbeta utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt, genom att utarbeta praktiska verktyg som möjliggör ett dagligt arbete utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt, och att utarbeta rutiner för samarbete mellan olika yrkeskategorier i teamet runt den enskilde brukaren.

Resultaten har genererats genom grupparbeten kring 6 områden; kost- och matsituationen, dokumentation, kontaktmannaskap, meningsfull vardag, bemötande och teamarbete. Alla grupper har tagit fram dokument med nya arbetssätt, samt en plan för genomförande och uppföljning av de egna resultaten.

För att få dessa dokument att leva i verksamheten krävs att varje arbetsgrupp tar ett stort ansvar för att följa sina uppföljningsplaner. Det behövs också en stor tydlighet från äldreomsorgens ledning, att betona vikten av dessa resultat och dess användande i verksamheten.

Bakgrund

Landets kommuner fick under några år möjlighet att söka statliga medel för att jobba mot riktade områden t.ex. rehabilitering och nutrition. Gullspångs kommun sökte och beviljades pengar för detta och valde rehabiliterande förhållningssätt. Ledningsgruppen för sociala verksamheten inom kommunen, ansåg att man i samband med lokalförändringar och renovering av äldreboendet i Gullspång och utemiljöerna vid äldreboendena i Gullspång och Hova, även ville förändra arbetssättet till mer enhetligt för hela kommunen. Man ville skapa möjligheter för att öka oberoendet hos brukarna genom att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt, dvs. att ge stöd för att utveckla brukarens egna resurser och skapa utrymme för brukaren att själv göra saker. Senior Alert, ett riskbedömningsinstrument för fall, trycksår och nutrition, skulle också införas och rutiner efterfrågades. Man stod även inför organisatoriska förändringar i form av att återta ansvaret över korttidsplatser och vårdplaneringar, en tjänst som tidigare upphandlats av Mariestads kommun. Rutiner behövde utarbetas för att möjliggöra dessa olika delar. Man valde att anställa en projektledare för att utifrån dessa önskemål genomföra ett projekt kring detta. Projektledaren anställdes för att arbeta 70 % i 1,5 år. Projektet fick namnet StödJa och en styrgrupp bildades med fyra deltagare, tre från verksamheten plus beställaren/uppdragsgivaren.

Vid tidpunkten för projektets start genomfördes på uppdrag av ledningen ett antal studiebesök på äldreboenden i närliggande kommuner. I samband med dessa studiebesök undersöktes ett antal olika frågor kring verksamheten och rutinerna på dessa arbetsplatser. Vissa delar utkristalliserades sedan som mer betydelsefulla än andra, i samband med den redovisning som gjordes. Dessa delar bedömdes av ledningen som mycket viktiga att jobba vidare med och gick hand i hand med tankarna om rehabiliterande förhållningssätt.

En ledningsgrupp bildades för ”nya arbetssätt” där StödJa blev en dominerande del, men där linjeorganisationen hade en stark delaktighet då det redan från början ansågs viktigt att resultatet skulle förvaltas väl i organisationen efter projektens slut. Ledningsgruppen definierade 6 områden som man bedömde som viktiga, och kom fram till att delaktighet från all personal var högprioriterat. Därmed bedömde man att arbeten i grupper kring varje område, var bäst lämpat som metod. Det utarbetades en uppdragsbeskrivning för gruppernas arbete kring varje område. StödJa-projektets projektledare blev utsedd till att samordna och leda det planerade arbetet.

Syfte och mål

Syftet med projektet har varit:

- ~ att utveckla ett gemensamt arbetssätt och ett rehabiliterande förhållningssätt hos all personal inom äldreomsorgen.

Målen med projektet har varit:

- ~ att utarbeta praktiska verktyg som möjliggör ett dagligt arbete utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt.
- ~ att utarbeta rutiner för samarbete mellan olika yrkeskategorier i teamet runt den enskilde brukaren.

Arbetssätt

Projektorganisationen har varit upplagd med 1 beställare, 4 styrgruppsmedlemmar och 1 projektledare. Det har också funnits 4 personer i en referensgrupp med kunskaper om rehabilitering, biståndsbedömning, arbete i hemvård och arbete på särskilt boende.

Det dominerande arbetssättet i StödJa-projektet har varit grupparbeten. Det har varit 6 grupper; kost- och matsituationen, dokumentation, kontaktmannaskap, meningsfull vardag, bemötande och teamarbete. All personal i äldreomsorgen har fått erbjudande om att delta i grupperna. Gruppernas storlek har varierat mellan 6 och 18 st. Deltagarantalet på träffarna har varierat. Deltagandet har skett på frivilliga grunder och ersättningen har varit tid mot tid för den som valt att gå in på ledig tid. Grupperna har träffats från oktober -10 till december -11, med varierande antal träffar.

Varje grupp har haft två gruppledare som haft till uppgift att vara sammankallande, driva arbetet framåt och ansvara för att uppdragsbeskrivningen följts. Gruppledarna har haft möjlighet att delta i kontinuerliga gruppledarträffar som stöd i gruppledarrollen.

Arbetet i grupperna har styrts av den uppdragsbeskrivning som ledningsgruppen ”nya arbetssätt” utarbetat. Uppdraget har bestått i att söka ny information, analysera insamlat material, identifiera, beskriva och ge förslag på nya arbetssätt, samt att skriva en plan för hur

arbetet ska genomföras och följas upp. Alla grupper har också redovisat sitt material till ledningsgruppen för kommentarer och godkännande innan arbetet slutförts.

Informationen från och till projektledaren - gruppledarna - gruppdeltagarna, har gått huvudsakligen via mail. Information har också skickats till all personal i äldreomsorgen om hur arbetet löpt på i de olika grupperna, under projektets gång.

Projektledaren har ansvarat för all samordning kring gruppernas arbete och har under arbetets gång haft kontinuerliga möten med styrgruppen och med ledningsgruppen ”nya arbetssätt”.

Resultat

Kost- och matsituationen

Gruppen har tagit fram ett dokument som beskriver bakgrunden till mat- och näringsproblem, särskilt för vårdtagare som förlorat möjligheten att själv sköta sin kosthållning. Vikten av att anpassa måltiderna individuellt efter hälsa, smak och förutsättningar betonas, då en positiv upplevelse av måltiderna är viktig.

Gruppen tänker återinföra kostträffar som forum för kostombuden på de olika enheterna inom äldreomsorgen. Där kan personalen regelbundet träffas och diskutera problem, möjligheter, nya rön och idéer, tillsammans med nutritionsansvarig sjuksköterska och kostchef.

En checklista har tagits fram för måltidsmiljön. Kostombuden genomför observationen på respektive enhet, och tar det med sig till kostträffen för diskussion och åtgärdsförslag.

En ansvarsfördelning är också upprättad. Den beskriver kökspersonalens respektive vårdpersonalens ansvar för måltid, miljö och samarbete.

En bok har köpts in till alla enheter att använda. Den heter ”Tips och råd om mat och måltider i hemtjänsten... och vad kan jag göra?” Boken är bra även för särskilda boenden och innehåller bl.a. tips och råd utifrån olika symtom.

Resultatet av gruppens arbete kommer att presenteras av gruppens medlemmar på alla enheters APG. Då väljs också kostombud. Uppföljningen av resultatet sker genom regelbundna kostträffar.

Se bilaga 1.

Kontaktmannaskap och dokumentation

Grupperna kontaktmannaskap och dokumentation har presenterat ett gemensamt material då det hör ihop. Grupperna har tagit fram tre dokument.

Dokumentet om kontaktmannaskap i äldreomsorgen beskriver en bakgrund till kontaktmannaskap och dokumentation. Vikten av brukarens delaktighet i utformningen av omsorg och omvårdnad betonas, för att säkerställa att brukarens individuella behov tillgodoses. Ett planeringssamtal ska erbjudas och genomföras var sjätte månad eller vid förändringar. Vid planeringssamtalet ska kontaktmannen bl.a. skriva en genomförandeplan som beskriver hur en beslutad insats ska genomföras. Uppföljning sker vid teamträffar och vid nästa planeringssamtal.

I detta dokument finns också en checklista för kontaktmannaskapet. Den beskriver i punktform vad kontaktmannaskap innebär. Den innehåller också några punkter om vad närstående/god man ansvarar för.

En Mall för planeringssamtal och en Genomförandeplan SoL har också tagits fram. Mallen ska användas vid varje planeringssamtal och gås igenom enligt punkt 1 till 5. Punkterna handlar om att upprätta en genomförandeplan, gå igenom Senior Alert, lämna ut informationsblad, lämna ut levnadsberättelsen, prata om kontaktmannens respektive närståendes ansvar, och boka tid för uppföljande planeringssamtal. Dokumentet Genomförandeplan SoL innehåller plats för dokumentation om insats, mål och genomförande.

Utbildningsinsatser och start av kontaktmannaskap och genomförandeplan kommer att ske under februari 2012. Dokumenten är planerade att följas upp oktober 2012.

Se bilaga 2.

Meningsfull vardag

Gruppen har tagit fram ett inspirationsblad med tillhörande handlingsplan. Dessa resultat riktar sig till personal inom särskilt boende och dagvård.

Handlingsplanen innehåller en bakgrund som betonar att en viktig uppgift för alla som arbetar inom äldreomsorgen, är att tillgodose att våra brukare har en meningsfull vardag. På varje enhet ska personalen varje dag vid frukosten, tillsammans med de boende, gå igenom hur

dagen ser ut och vad som ska utföras i form av arbetsuppgifter som leder till en meningsfull tillvaro för brukarna. Som hjälp används inspirationsbladet och en dagbok där dokumentation av aktiviteten förs. Inspirationsbladet innehåller många exempel såsom högläsning, måla naglar, plocka blommor, baka, kräftkalas och dukning med finporslin. Dagboken är en 5-årsdagbok så man lätt kan följa aktiviteterna år från år.

Gruppen kommer att presentera materialet på enheternas APG och sedan göra regelbundna uppföljningar där alla enheter ska representeras på en träff, då man tittar i dagböckerna och lyfter de goda exemplen. Tanken är att inspirera varandra och utveckla arbetet kring dessa frågor.

Se bilaga 3.

Bemötande

Gruppen har arbetat fram ett dokument som heter Hur bemöter vi varandra? och ett som heter Bemötande-ambassadör. En avbockningslista finns också framtagen som ett hjälpmedel. Dessa dokument är beslutade av ledningen för socialförvaltningen att gälla både äldreomsorgen, LSS och individ- och familjeomsorg.

Dokumentet Hur bemöter vi varandra? Beskriver i 10 punkter hur personalen ska bemöta varandra. Dokumentet ska läsas och skrivas under att man tagit del av det. Alla nyanställda ska också ta del av det. Punkterna handlar om bemötande och är t.ex. att vi ska ge varandra beröm och uppmärksamhet när någon gör något bra, att vi ska visa en positiv attityd och vara professionella på arbetet och att vi ska lyssna på vikarierna då de är uppmärksamma och ser mycket som vi kan ta lärdom av. En punkt är också att all personal ska läsa boken "Vanvård eller vård av gammal vana" och samtala om dessa frågor i verksamheten.

Det andra dokumentet beskriver ett ambassadörsskap kopplat till bemötandedokumentet, för att kvalitetssäkra att frågorna ska leva vidare i verksamheten. Minst en bemötandeambassadör kommer att finnas på varje enhet. Det blir regelbundna träffar då frågor kring bemötande ska diskuteras och reflekteras över. Dokumentet beskriver i 4 punkter bemötandeambassadörens uppgifter; att vara ett föredöme i bemötande, att hålla bemötandefrågor levande i arbetsgruppen, att ta upp bemötandefrågor på APG och att gå tillbaka till bemötandegruppen och diskutera funderingar och frågor kontinuerligt.

Avbockningslistan är ett hjälpmedel för enhetschefer att pricka av vem som tagit del av dokumentet, läst boken och utsetts till bemötandeambassadör.

Gruppen har presenterat och lämnat ut materialet på alla enheters respektive APG, lämnat ut boken och fått in namn på bemötandeambassadörer. Uppföljning sker genom träffarna i bemötandegruppen 4 ggr per år.

Se bilaga 4.

Teamarbete

Gruppen har arbetat fram tre dokument med riktlinjer för korttidsplatser, teamträffar och vårdplaneringsteam.

Dokumentet om korttidsplatser beskriver att en korttidsplats beviljas utifrån brukarens individuella behov när man under en begränsad period inte klarar sig hemma med hemvårdsinsatser. Alla platser är vårdplanerade och alla utom den som är för trygghet för närstående, är biståndsbedömda. Omvårdnadspersonalen på Amnegården ansvarar för den dagliga omvårdnaden av brukarna på korttidsplatserna.

Dokumentet om teamträffar beskriver att syftet med teamträffar är att arbeta utifrån en helhetssyn med brukaren i fokus, genom att tillvarata teammedlemmarnas kompetens. Alla yrkeskategorier runt brukaren medverkar. De brukare som har t.ex. förändrat omvårdnadsbehov, medicinska förändringar, förändrat hjälpmedels- eller träningsbehov eller har risk enligt Senior Alert, tas upp på teamträffen. Träffen är var fjortonde dag enligt schema, och leds av respektive enhetschef. En arbetsgång för varje ärende följs.

Dokumentation sker av respektive yrkeskategori.

Dokumentet om vårdplaneringsteamet beskriver att syftet bl.a. är att samordna de kommunala resurserna runt samordnad vårdplanering i Gullspångs kommun. Teamet ska bestå av biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Uppdraget är att sköta IT-systemet KLARA SVPL och bemanna kontaktpunkten. Vårdplanering av brukaren ska göras på sjukhuset eller i hemmet, och är en planering av vilka insatser som behövs efter sjukhusvistelsen. När brukaren bedöms ha tränings- och förbättringsmöjligheter ansvarar teamet själva för att de planerade insatserna verkställs, annars är det ordinarie personal i

kommunen som är ansvariga. Vårdplaneringsteamet kan också vårdplanera brukare i hemmet som inte är kända av kommunen sedan tidigare.

Dessa tre dokument har varit antagna av ledningen sedan 1/4 2011 och använts sedan dess. All personal har fått skriftlig information om dokumenten via mail och muntlig information på APG. En första utvärdering har gjorts under oktober-december 2011, och nästa utvärdering är planerad till hösten 2012.

Se bilaga 5.

Ansvar för alla resultat kommer efter projektets slut att ligga hos beställaren eller någon som beställaren utser. Grupperna har också egenansvar för att följa sin uppföljningsplan.

Måluppfyllelse

Målen får anses uppfyllda då gruppernas arbeten resulterat i praktiska verktyg för det dagliga arbetet, och rutiner för samarbete mellan olika yrkeskategorier. Resultatet utvecklar ett gemensamt arbetssätt då materialet gäller för hela kommunens äldreomsorg, och det skapar förutsättningar för att arbeta enligt ett rehabiliterande förhållningssätt. Syftet kanske inte kan anses helt uppnått gällande att projektet skulle utveckla ett rehabiliterande förhållningssätt hos all personal inom äldreomsorgen, utan att man istället riktat in projektet på att skapa förutsättningar för att kunna arbeta på det sättet.

Projektutvärdering

Under idé- och utforskningsfasen i början av projektet, skrevs en idébeskrivning och ett direktiv som ledde fram till en tydligare formulering av projektets idé. Idén analyserades sedan utifrån behov, risker och intressenter.

Alla analyser som gjordes av projektidén i idé- och utforskningsfasen bedöms som mycket relevanta och avgörande för projektets genomförande. De har varit vägledande hela tiden. Behovsanalysen gav projektledaren en uppfattning om läget ute i verksamheten och en start för kontakten med personalen. Riskanalysen visade på möjliga risker och gav projektledaren och styrgruppen en uppfattning om vad som kunde hända. Flera viktiga frågor lyftes och

diskuterades. Analysen av intressenterna lyfte ytterligare frågor om vilka som skulle kunna vara positiva eller negativa till projektet.

I nästa del av projektet som var planeringsfasen, skrevs projektplanen. Där beskrevs bl.a. syfte och mål, avgränsning, metoder, aktiviteter, tidsplan, budget, rapportering och utvärdering. Projektplanen har genom hela projektet varit ett avgörande styrdokument för projektledarens arbete. Det lades mycket tid på att skriva syfte och mål, och det blev en tydlig målstyrning från början. Avgränsningen var också viktig då projektets innehåll vid några tillfällen diskuterats. Projektledaren har kunnat hävda mål och avgränsning vid dessa situationer. Tidsplanen följdes däremot inte fullt ut då projektledaren fick andra uppgifter inom linjeorganisationen under vissa perioder, och var frikopplad från projektet. Då flyttades avslutsdatumet fram. Budgeten har följts. Summan slutade lite under den beräknade kostnaden. Inköpen har handlat om mycket litteratur, utbildningar och arrangemangskostnader. Budgeten var styrande och rimligt satt från början och inte medfört några begränsningar. Utvärderingen bedömdes från början som rimlig för linjeorganisationen att utföra själv med hjälp av enkäter. Frågan har sedan diskuterats vid flera tillfällen på styrgruppsmöten och bestämd till att så ska ske. Ingen extern utvärderare kommer att anlitas.

Under genomförandefasen skrevs initialt en tids- och aktivitetsplan med detaljplan av de planerade aktiviteterna i projektet. En informationsplan utarbetades med uppgifter om vem som ska ha information om projektet, vad den ska innehålla, när den ska ges och hur den ska ges.

Tids- och aktivitetsplanen följdes inte fullt ut pga. projektledarens andra uppgifter, som nämndes i stycket ovan. Aktiviteterna har däremot följts. Det är tiden för parallella arbeten i grupperna och tiden för slutrapport som inte följts då projektslutet förskjutits framåt i tiden. Detta får anses ha gynnat projektet positivt, då mer tid funnits för gruppernas arbeten. Informationsplanen följdes heller inte fullt ut. Det beror på att projektledaren under projektets gång fick en tjänst i linjeorganisationen. Man valde då att projektet skulle skötas på en lägre tjänstgöringsgrad istället för att byta projektledare. Det fanns då inte tid för att riktigt uppfylla informationsplanen utan återrapporteringen blev glesare än planerat. Detta kan ha påverkat projektet negativt till viss del då bl.a. omvårdnadspersonalen och projektledaren kan ha tappat viss kontakt. Ledningsstrukturen i linjeorganisationen ändrades också under denna tid och

påverkade informationsplanen. Detta kan också ha påverkat projektet negativt, då uppdateringen inte skedde som planerat.

Under genomförandet har arbetet med att leda grupperna och stötta gruppledarna tagit mycket tid. Då projektledaren också varit gruppledare i tre av grupperna har en stor uppgift varit att driva grupparbetena framåt. Flera grupper förändrades under grupparbetets gång, då intresse och upplägg varierade mycket. Någon grupp delades och upplöstes delvis senare och gruppledarna stod för det mesta praktiska arbetet. En annan grupp tappade också deltagare och det var väldigt få personer kvar till slutet. Nackdelen med detta bedöms vara att delaktigheten i resultaten minskar och risken för att inte dokumenten lever vidare, ökar. Alla grupper har dock levererat resultat i enlighet med mål och syfte.

Erfarenheter från projektarbetet

Projektet känns lyckat. Resultat är uppnådda som kommer att vara av stor betydelse för linjeorganisationen under lång tid framöver. En erfarenhet som bedöms som värdefull för kommunen är att det är framgångsrikt att följa en tydlig projektmetodik. Det har talats om gamla projekt som runnit ut i sanden eller blivit hyllvärmare. En tydlig projektmetodik anser jag är a och o, och följer man den får man resultat. Det är också viktigt att beställaren är tydlig med vad den vill ha. Ledningen har därför fått ett dokument som heter ”beställarens projektförberedelser” där jag sammanfattat utifrån litteraturen vad beställarens ansvar är, och vad ett direktiv inför ett kommande projekt bör innehålla. Allt för att nå framgång i ett projekt.

Den litteratur som huvudsakligen använts är ”Arbeta i projekt! Handbok för dig som vill veta mer”. Den är skriven av Helén Carlsson och Agnete Nilsson (2007) och är lättläst och lättanvänd. Rekommenderas varmt för kommande projekt.

Det är viktigt att ledningen visar stor tydlighet i att betona vikten av resultaten för att dokumenten ska leva vidare och följas. Varje arbetsgrupp har också ett stort uppföljningsansvar som ska tas på allvar. Beställaren kommer att bli ansvarig för resultatet och den utvärdering som ska göras av linjeorganisationen. Det krävs att det finns någon som efterfrågar uppföljningarna för att de ska anses som viktiga att utföra.

Ett förslag till ett eventuellt kommande projekt skulle kunna vara att jobba med rehabiliterande förhållningssätt och inrikta sig ännu mer mot förhållningssättet, dvs. synsätt, beteende och bemötande. Nu finns förutsättningarna för detta arbete och då öppnas möjligheterna!

Bilaga 1. Kost- och matsituationen

Sammanfattning från ”kostgruppen” i projektet StödJa.

Deltagarna i vår grupp har samlats vid några tillfällen under det gångna året. Antalet deltagare har varierat vid träffarna, ibland har vi endast varit några få, ibland fler. Det har varit flera intressanta diskussioner bl.a. om etik och ätande, måltidssituationerna på de olika enheterna, munvårdens betydelse, idéer om förbättrad måltidsmiljö och hur vårdpersonal och kökspersonal kan samarbeta. Vid ett tillfälle samlades vår ”kostgrupp” och ”sociala aktivitetsgruppen” eftersom vi tyckte att mycket runtomkring måltiden många gånger också var ett sätt att umgås socialt. Det som framkommit under våra träffar och hur vi kan arbeta för att försöka förbättra måltiden för våra äldre har vi försökt sammanfatta i nedanstående text.

Bakgrund

En förutsättning för ett bra liv med hög livskvalitet och god hälsa är en bra kost. Ett gott näringstillstånd är nödvändigt för att förebygga sjukdom samt också för att medicinsk behandling ska ha bästa möjliga effekt. Mat- och näringsproblem uppträder när funktionshinder uppstår som försvårar möjligheten för vårdtagaren att själv sköta sin kosthållning. Socialstyrelsens rapporter visar att det är vanligt med undernäring hos äldre vårdtagare framförallt på särskilda boenden (upp till 70 %). Med tanke på dessa siffror behöver vi som arbetar runt omkring dessa människor vara medvetna om att detta är ett vanligt problem och använda de möjligheter som finns för att förbättra situationen för våra äldre. Detta kan också gälla de äldre som bor kvar i sina egna hem och får hemtjänst/hemsjukvård men de är enligt Socialstyrelsen inte riktigt lika utsatta för undernäring.

Målet för en god omvårdnad är att skapa förutsättningar och stödja den äldre personen med de dagliga aktiviteterna för att tillfredställa grundläggande behov. Att få i sig tillräcklig mängd med energi och näringsämnen för att bibehålla eller förbättra näringstillståndet är ett sådant grundläggande behov.

Maten ska vara så sammansatt att den tillgodoser energi- och näringsbehov. Dessutom tillför maten lust, glädje och social samvaro.

Positiv upplevelse viktigt

Det är viktigt att äldre personer får chans att uppleva måltiderna som något positivt. För att nå dit behöver maten och måltidssituationerna i större utsträckning anpassas efter varje individs hälsa, smak och förutsättningar. Ett sätt att skapa goda förutsättningar för positiva upplevelser är att låta matlagning och ätande fungera som ett verktyg för aktivitet och samvaro med andra.

Kosträffar

Kosträffarna är ett forum där kostombud från olika enheter träffas regelbundet och där problem, möjligheter, nya rön och idéer kan diskuteras tillsammans med nutritionsansvarig

sjuksköterska och kostchef. Kostombuden samlar in idéer, problem, frågor och önskemål från övrig vård/köks personal innan kostträffarna.

Kostträffar införs regelbundet var tredje månad. Christina och Jette meddelar tider till kökspersonal och kostombud på varje enhet.

En checklista har tagits fram för måltidsmiljön. Tanken är att se över hur miljön är på de olika enheterna och hur vi kan åtgärda det som inte är bra men också se det som fungerar bra. Kostombuden på enheterna genomför denna observation innan första kostträffen 2012.

Ett bra samarbete mellan yrkesgrupper med olika kompetenser kopplade till mat och måltider kan förebygga många problem som annars kan uppstå vid måltidssituationer i hälso- och sjukvård och omsorg.

Ansvarsfördelning

Kökspersonalen

- Att laga god, näringsriktig och allsidig kost.
- Konsistensanpassad kost.
- Egen näringsdryck.
- Special- och önskekost.
- En öppen kontakt med vårdpersonalen.

Vårdpersonalen

- Att göra måltidsmiljön trevlig, lugn och hemlik.
- Vara lyhörd för vårdtagarnas egna önskemål.
- Ansvara för fika, mellanmål och kvällsmål.
- Tänka på nattfastan. Inte mer än 11 timmar.
- Identifiera och förebygga undernäring.
- Näringsberika måltiden för enskild vårdtagare (t.ex. grädde, smör, extra pålägg).
- Munvård.
- Använda boken ”Tips och råd om mat och måltider i hemtjänsten ...och vad kan jag göra?” Boken är bra även till särskilda boenden. Där finns tips och råd vad man kan göra vid ex. mun- och tandproblem, illamående, förstoppning och hur man kan piffa till maten.
- En öppen kontakt med kökspersonalen vid både ”ros och ris”. Meddela köket om något särskilt önskas vid måltiderna.
- Samla ihop gruppens idéer, skriva ned dem och ta med dem till kostträffen var tredje månad.

Gruppledare: Jette Gyldenlöve och Christina Eriksson

Checklista för måltiden

Miljö	Observation	Förslag på åtgärder
Upplevelse av trivsel? Inbjudande Hemtrevligt Lugn/avslappnad		
Tempo o ljud? Spring Prat mellan personal Stressigt Oroliga äldre Störande ljud Störande moment		
Placering av möbler? Långbord/små grupper		
Möbler - funktion? Höjd Komma nära		
Placering av individer? Passar ihop Bordsskick Sitter personalen med		

<p>Dukning?</p> <p>När dukas det</p> <p>Hur och av vem</p> <p>Vackert</p> <p>Kontraster</p>		
<p>Servering?</p> <p>Presentation av maten (vid servering)</p> <p>Info om maten (tavla)</p> <p>Ser maten innan finfördelning</p>		
<p>Aktivitet/delaktighet?</p> <p>Medbestämmande</p> <p>Göra det man kan</p> <p>Tema</p>		
<p>Respekt?</p> <p>Hur smakade maten</p> <p>Prata över huvudet</p> <p>Mata fler</p>		
<p>Anpassade hjälpmedel?</p> <p>Spec. Muggar, bestick, tallrik</p>		
<p>Måltidsordning</p>		
<p>Övrigt</p>		



Kontaktmannaskap

i äldreomsorgen

Gullspångs kommun

Kontaktmannaskap

Att få hjälp i form av hemtjänst, hemsjukvård och särskilt boende kan väcka frågor av både praktisk och psykosocial karaktär hos brukare och närstående. För att redan från början skapa trygghet i den nya situationen är det av största vikt att både brukare och vid behov även närstående ges tillfälle att ge uttryck för och diskutera dessa frågor. Det är även viktigt att berörd personal får tillgång till uppgifter om brukaren vilka kan ligga till grund för en god och så individanpassad omsorg och omvårdnad som möjligt. Därför är det av största vikt att det finns ett väl fungerande kontaktmannaskap.

Ett planeringssamtal ska erbjudas och är en start för det samarbete som är grunden för att på bästa sätt tillgodose brukarens behov av omvårdnad. Samtalet är en möjlighet för brukare, närstående och personal att genom personlig kontakt få lära känna varandra. Genom denna kontakt kan uppgifter utbytas för att underlätta insatserna och säkerställa att varje brukares individuella behov ges utrymme för diskussion och planering. Uppgifterna dokumenteras i en genomförandeplan och i en riskbedömning enligt Senior Alert. Eftersom inte alla brukare har förmåga att ge uttryck för särskilda önskemål är planeringssamtalet ett tillfälle för närstående att vara behjälpliga med detta. Närstående bör delta i samtalet såvida brukaren inte avsäger sig det.

Det är viktigt att de förväntningar som brukare och närstående har på vår verksamhet och personal står i proportion till vad som kan erbjudas. Som ett led i detta innehåller planeringssamtalet muntlig och skriftlig information om de rutiner som gäller inom hemvård/särskilt boende.

Varje brukare i hemvård och särskilt boende ska ha två kontaktmän i personalgruppen. Varje enhet får själva fördela vem som är kontaktman för vem. Planeringen av arbetsgruppens arbete skall göras så att kontaktmannen ges tillfälle till kontinuerlig kontakt med brukaren genom att träffa brukaren så ofta som möjligt. Om inga möten önskas av brukare och närstående görs en överenskommelse om hur kontakter ska ske. Denna överenskommelse ska dokumenteras av enhetschefen i Procapita. Det ska alltid finnas möjlighet för brukaren att byta kontaktman om det inte fungerar.

Dokumentation

Hur en beslutad insats enligt SoL ska genomföras ska dokumenteras i en genomförandeplan. Detta för att den enskilde ska ges inflytande och medbestämmande över de insatser som ska ges.

Genomförandeplanen utgår från ett taget beslut och ska beskriva i detalj hur beslutet ska genomföras. Gäller både ordinärt och särskilt boende.

Vem?

Detta dokument berör all SoL-personal. Gäller alltså inte HSL.

Hur?

En tillfällig genomförandeplan görs av enhetschefen för de första två veckorna så att de beviljade insatserna kan verkställas. Den riktiga genomförandeplanen skall upprättas av kontaktmannen inom 2 veckor efter taget beslut. Brukaren ska vara delaktig i upprättandet av genomförandeplanen.

Genomförandeplanen ska vara individfokuserad och det är brukaren som ska beskriva behovet. Planen ska svara på frågorna **Vad** är behovet, **Vem** ska utföra insatsen, **Hur** insatsen ska utföras och **När** den ska utföras i tid. Målet med insatserna ska också vara tydligt. Genomförandeplanen ska dateras och skrivas under av brukare/närstående och kontaktsman. Enhetschefen är ansvarig för att planera verksamheten efter denna plan. Om genomförandeplanen inte kan verkställas ska detta dokumenteras och hanteras enligt avvikelssystemet. Genomförandeplanen förvaras hemma hos brukaren och en kopia förvaras på arbetsplatsen.

Uppföljning och revidering av genomförandeplanen ska ske vid förändringar av insatserna eller maximalt var sjätte månad, i samband med planeringssamtalet. Uppföljning görs också på teamträffarna.

Kontaktmannaskap innebär:

- Att ha övergripande ansvar för att brukaren får den hjälp som är beviljad, planerad och överenskommen, och att vara en kontaktlänk mot omvärlden.
- Att ansvara för kontinuerliga kontakter med närstående och att förmedla kontakt med andra yrkeskategorier och berörda.
- Att ha **planeringssamtal** inom två veckor efter inflyttning eller start av beviljade insatser. En eller båda kontaktmännen är med vid planeringssamtalet och är sammankallande till mötet och ansvarig för att uppföljande planeringssamtal blir bokade inom 6 månader. Gå igenom Mall för planeringssamtal och skriv en genomförandeplan och gör riskbedömning enligt Senior Alert. Deltagare är brukare, kontaktman, ev. enhetschef, ev. närstående, och ev. annan yrkeskategori.
- Att informera övrig personal och se till att det som överenskommit i genomförandeplanen följs. All personal runt brukaren har ansvar för att dokumentera.
- Att göra **uppföljande planeringssamtal** tillsammans med brukaren, ev. närstående och ev. andra yrkeskategorier. Gå igenom Mall för planeringssamtal och uppdatera genomförandeplan och Senior Alert. Boka ny tid för nästa uppföljande planeringssamtal.
- Att lämna ut levnadsberättelsen och betona vikten av att den blir ifylld av brukare och ev. närstående, om den inte redan är det. Använd uppgifterna i levnadsberättelsen i den dagliga omvårdnaden. Introduceras i hemvården vid personlig omvårdnad, ej vid bara serviceinsatser.
- Att träffa brukaren minst 1-2 ggr per vecka och försöka prata lite extra med den. Stämna av aktuell situation.

- Att delta i teamträffar och företräda sin brukare, så långt det är möjligt. Göra uppföljning av genomförandeplan och Senior Alert på teamträffarna.
- Att se till att hjälpmedel finns och att de är hela och rena.
- Att ansvara för hårvård och fotvård om så önskas. Boka tider.
- Att vara behjälplig med beställning av taxi/färdtjänst vid behov.
- Att damma rummet tillsammans med brukaren på särskilt boende om inte närstående önskar göra detta.
- Att ansvara för att dokumentationsbladen i kontaktmappen/pärmen är komplett.
- Att se till att det finns en ersättande kontaktman under semester eller lång frånvaro.

Närstående/God Man ansvarar för:

- Att det finns fickpengar hos brukaren.
- Inköp om man inte har det som beviljat bistånd. I vissa fall kan personal hjälpa till med mindre inköp.
- Läkarbesök eller besök hos annan vårdgivare.
- Tvättsäker märkning av det som brukaren behöver inom särskilt boende. Ansvarar för flytten till och från särskilt boende, och städning vid utflyttning.

Utvärdering av kontaktmannaskap och genomförandeplan kommer att ske oktober 2012.

Gruppledare: Marie Johansson, Rebecka Forsberg, Malin Karlsson och Annelie Sundström

Mall för planeringssamtal

Namn och personnr: _____ Datum: _____

1. Upprätta en genomförandeplan:

Exempel på frågor att använda:

- ~ Hur fungerar det med...?
- ~ Vad kan du göra själv...?

För hemvården utgår man från beslutet om beviljade insatser från biståndshandläggaren, och i särskilt boende kan exempel på insatser vara förflyttning, måltider, hygien, sociala aktiviteter och nattbesök.

Plats för egna anteckningar och/eller annan information:

2. Gå igenom:

- ~ Senior Alert
- ~ Vårdighetsgarantierna, skriv under

3. Lämna ut:

- ~ Informationsblad om äldreomsorgen och anhörigstöd
- ~ Levnadsberättelsen, om den inte redan är ifylld

4. Prata om:

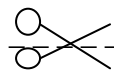
- ~ Kontaktmannens respektive närstående/God Mans ansvar (läs i Kontaktmannaskap i äldreomsorgen i Gullspångs kommun)

5. Boka tid:

Uppföljande planeringssamtal blir den (max om 6 mån) _____(år och månad)

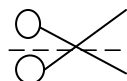
Kontaktmannen ansvarar för att boka exakt datum och meddela brukare och närstående/God Man minst två veckor innan.

klipps av och lämnas till berörda



Närstående/God Man

Uppföljande planeringssamtal blir den _____(år och månad)



Brukare

Uppföljande planeringssamtal blir den _____(år och månad)

Genomförandeplan SoL

Namn och personnr: _____ Datum: _____

Närvarande: _____

Insats: (vad och när)

Mål:

Genomförande: (hur och vem)

Insats: (vad och när)

Mål:

Genomförande: (hur och vem)

Insats: (vad och när)

Mål:

Genomförande: (hur och vem)

Insats: (vad och när)

Mål:

Genomförande: (hur och vem)

Insats: (vad och när)

Mål:

Genomförande: (hur och vem)

Insats: (vad och när)

Mål:

Genomförande: (hur och vem)

Förändring av genomförandeplanen:

Datum

Underskrift Brukare

Underskrift Kontaktman

Bilaga 3. Meningsfull vardag

Handlingsplan

Enligt de nationella målen för äldreomsorg har kommunen ansvar för att äldre personer ska:

- Kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag.
- Kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende.
- Bemötas med respekt
- Ha tillgång till god vård och omsorg

En viktig uppgift för alla som arbetar inom äldreomsorg är att tillgodose att våra brukare har en meningsfull vardag.

För att säkerställa att detta sker ska personalen vid säbo tillsammans med de boende var dag vid frukosten gå igenom hur dagen ser ut och vad som ska utföras i form av arbetsuppgifter som leder till en meningsfull tillvaro för våra brukare. Redan idag utför personalen vid säbo många av dessa arbetsuppgifter, vi vill synliggöra detta. Till sin hjälp har personalen en inspirationslista och en dagbok där dokumentation av aktivitet förs. Varje dag ska någon form av aktivitet ha utförts och ha dokumenterats.

Arbetsgruppen kommer att delta vid APG vid säbo och dagvård och delge personalgrupperna resultatet av arbetsgruppens arbete. Vi kommer då att dela ut handlingsplan, inspirationsblad och 5-årsdagböcker till grupperna.

Uppföljande möte i juni. Då samlas 1 representant från var enhet tillsammans med arbetsgruppen samt äldreomsorgschef och går igenom hur inspirationsbladet fungerar i verksamheten. Till detta möte ska alla ta med dagböckerna som vi har som underlag för diskussion.

Därefter kommer gruppen att träffas kontinuerligt för att säkerställa att arbetet fortskrider.

Vi vill efter dessa uppföljningar kunna sprida och lyfta de goda exemplen vi har i våra verksamheter samt diskutera hur vi går vidare

Gruppledare: Lisbeth Andersson och Annika Tauberman

Inspirationsblad

Exempel på aktiviteter som kan ge en meningsfull vardag:

- Läsa dagens tidning tillsammans
- Högläsning
- Lösa korsord
- Spela spel
- Puzzla
- Baka
- Vika tvätt
- Vika servetter
- Måla naglar
- Rulla hår
- Picnic med fikakorg
- Sjunga
- Delta i fritidens aktiviteter såsom underhållning i matsalen, gudstjänst, cirklar.
- Samtala kring fotografier
- Grillning sommartid
- Kräftkalas
- Plocka blommor
- Rensa svamp och steka
- Rensa lingon
- Filmvisning
- Sportsändning på storbildsskärm
- Pynta gemensamt inför storhelger
- Fin dukning med finporslin
- Kaffe och sång på sängen när man fyller år
- Pensionärsdansen
- Plantera blommor och grönsaker/ Trädgårdsarbete
- Gå/ åka till kondis
- Delta i aktiviteter som anordnas ute i samhället
-

Bilaga 4. Bemötande

Hur bemöter vi varandra?

- ~ *Vi säger hej till varandra när vi kommer till jobbet.*
- ~ *Vi ska ge varandra beröm och uppmärksamma när någon gör något bra.*
- ~ *Vi ska kunna ifrågasätta, utan att någon tar illa upp. Ifrågasättandet ska vara arbetsrelaterat.*
- ~ *Om vi blir osäkra på vad någon menar, frågar vi direkt och pratar om det.*
- ~ *Vi måste våga tala om när man inte kan eller att man gjort fel, och stötta varandra i det. Vi ska inte vara rädda för att be om hjälp.*
- ~ *Vi ska visa en positiv attityd och vara professionella på arbetet. Privatlivet får ej påverka oss i vårt arbete.*
- ~ *Vi ska undvika att ställa en fråga eller påbörja ett samtal om vi inte har tid att höra på svaret eller lyssna vidare. Gäller både mot arbetskamrater och brukare.*
- ~ *Vi ska lyssna på vikarierna. De är uppmärksamma och ser mycket som vi kan ta lärdom av.*
- ~ *Vi ska läsa boken "Vanvård eller vård av gammal vana" och samtala om dessa frågor i verksamheten.*
- ~ *Vi ska sätta brukaren i fokus och jobba tillsammans för*

Tagit del av ovanstående dokument: _____ datum: _____

Bemötande-ambassadör

Innebär:

- 1. Att vara ett föredöme i bemötande*
- 2. Att hålla bemötandefrågor levande i arbetsgruppen och föra in bemötandedokumentet i verksamheten*
- 3. Att ta upp bemötandefrågor på en stående punkt på APG varje gång*
- 4. Att gå tillbaka till bemötandegruppen och diskutera funderingar och frågor kontinuerligt*



Gruppledare: Susanne Ljungberg och Rebecka Forsberg

Bilaga 5. Teamarbete

KORTTIDSPLATSER GULLSPÅNGS KOMMUN

Gullspångs kommun har sammanlagt tio korttidsplatser varav sex är för växelvård. Dessa är förlagda på Björkskär.

Syftet med en korttidsplats kan vara:

- vid behov av insatser inför återgång till ordinärt boende
- vid regelbunden (växelvård) eller tillfällig avlastning för anhöriga/närstående (trygghetsplats)
- vid vård av livets slut (palliativ vård)

På Björkskär ska det utses två kontaktpersoner till respektive korttidsrum. Namnen ska stå på whiteboardtavlan så det tydligt framgår vem som har ansvar. Daglig dokumentation ska föras av omvårdnadspersonalen.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska för korttids-, trygghets-, och växelvårdsplatserna är sjuksköterskan i vårdplaneringsteamet.

När sjuksköterskan i vårdplaneringsteamet är på vårdplanering får baspersonalen vända sig till sjuksköterskan på Amnegården.

Korttidsplats

En korttidsplats är en plats som beviljas utifrån brukarens individuella behov när man under en begränsad period inte klarar sig hemma med hemvårdsinsatser. En korttidsplats är ett komplement till ordinärt boende och under korttidsvistelsen ska vårdplaneringsteamet parallellt arbeta med de åtgärder som krävs för återgång till ordinärt boende.

Beslut om korttidsplats ger en biståndshandläggare men det krävs en utredning av hela teamet. Utredningen ska visa vilka hinder som gör det omöjligt att vara kvar i det egna hemmet. Vid beslut om korttidsplats ska ett mål utformas individuellt och i samförstånd

med den enskilde. Målet ska ligga till grund för genomförandet av insatsen och vara dokumenterat.

Målet ska regelbundet utvärderas i teamet tillsammans med patient och eventuellt närstående. I teamet ingår biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, baspersonal samt enhetschef för korttiden.

Alla korttidsplatser är biståndsbedömda och vårdplanerade.

TEAMTRÄFFAR GULLSPÅNGS KOMMUN

Syftet med teamträffar är att arbeta utifrån en helhetssyn med brukaren i fokus, genom att tillvarata teammedlemmarnas kompetens. Teamträffarna ökar tillgängligheten och möjligheten till att löpande rapportera och följa upp brukarens behov.

På teamträffen deltar omvårdnadspersonal, enhetschef, biståndshandläggare (ej på säbo), sjuksköterska/distriktssköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Det är eftersträvansvärt att det är kontaktsmannen som deltar från omvårdnadspersonalen.

Alla yrkeskategorier ska vara förberedda på den/de brukare de vill ta upp för diskussion på teamträffen. De brukare som har t.ex. förändrat omvårdnadsbehov, medicinska försämringar eller förbättringar, förändrat hjälpmedels- och/eller träningsbehov eller risk enligt Senior Alert, tas upp på teamträffen. Respektive yrkeskategori ser till att representant finns vid varje teamträff. Omvårdnadspersonalen noterar aktuella brukare och dess behov/problem och tar med det till teamträffen. Arbetsgruppen gör upp om vem/vilka av personalen som ska delta i teamträffen den dagen.

Teamträffen sker på respektive enhet var fjortonde dag. Teamträffen är en timme lång. Respektive enhetschef är samordnare av träffen, leder mötet och ser till att tiden hålls. Enhetschefen gör en kort minnesanteckning med uppgifter om datum, närvarande och ärendenamn i ett block, och gör en kortfattad uppföljning vid nästkommande teamträff. Om enhetschefen är frånvarande bestäms vid träffens start vem som ska leda mötet och föra minnesanteckningar.

Arbetsgång för **varje ärende** som tas upp på teamträffen:

1. Omvårdnadspersonalen/annan yrkeskategori läser upp vem det gäller och berättar om ärendet.
2. Alla yrkeskategorier ger sina kommentarer.
3. Enhetschefen sammanfattar ärendet kort.

Dokumentation sker av respektive yrkeskategori. Vid behov återkopplar respektive yrkeskategori och/eller kontaktmannen till brukare och ev. anhörig. På träffen bestäms vem/vilka som gör återkopplingen.

Enheterna och tiderna är följande:

Amnegården Storön och Fågelön, Gullspång	tisdag kl. 11-11.45 ojämn vecka
Hemvården, Gullspång	tisdag kl. 10.15-11 varje vecka
Korttiden och Björkskär Gullspång	tisdag kl 11-11.45 jämn vecka
Mogården, Hova	tisdag kl. 14-15 jämn vecka
Hemvården, Hova	tisdag kl. 14-15 ojämn vecka
Dagvården	onsdag kl. 08:15-09:15 jämn vecka

VÅRDPLANERINGSTEAMET GULLSPÅNGS KOMMUN

SYFTE

Att samordna de kommunala resurserna runt samordnad vårdplanering i Gullspångs kommun.

Att varje kommuninvånare ska ges möjlighet att i förekommande fall erbjudas vård och omsorg i kommunal regi. Planeringen ska ske i enlighet med gällande lagstiftning och avtal.

Att ge den enskilde brukaren möjlighet att vara aktiv i sin vardag och bli självständig. Den enskilde individen ska vara delaktig i beslut och genomförande av de kommunala insatserna.

MÅL

Vårdplaneringsteamet ska samordna resurser och insatser efter sjukhusvistelse, varefter en uppföljning ska ske.

Att ge den enskilde möjligheten till inflytande och delaktighet vid den individuella vård- och omsorgsplaneringen.

PERSONAL

För att bedriva verksamheten behövs yrkeskategorierna biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Vårdplaneringsteamet kommer organisatoriskt att ligga under Myndighetschef och enhetschef för HSL

UPPDRAGET FÖR VÅRDPLANERINGSTEAMET

Kontaktpunkten ska vara bemannat måndag till fredag. Kontaktpunktens öppettider är på vardagar mellan kl. 08.30 – 11.30 och 13.00 - 16.00. Då vårdplaneringsteamet ej kan bemanna kontaktpunktens telefon kan planerarna bemanna kontaktpunktens telefon och ta emot meddelanden. På lördagar, söndagar och andra röda dagar är kontaktpunkten öppen 13.00 – 16.00 och tjänstgörande sjuksköterska är då ansvarig.

Alla kallelser till vårdplanering kommer via KLARA SVPL och läses av alla i teamet. IT-systemet KLARA SVPL ska öppnas minst tre gånger per vardag där senaste kontrollen bör ske omkring kl 16,00.

Vårdplanering innebär ett möte mellan den enskilde samt de tre huvudmännen Gullspångs kommun, Skaraborgs sjukhus och berörd enhet inom VG Primärvård. En bedömning görs av teamet av vilken vårdgivare som ska ansvara för vårdplaneringen.

Inför vårdplanering avgörs vilka i teamet som ska delta i vårdplaneringen. Team medlemmarna tar in relevant information från sjukhuset och delger varandra. Vårdplaneringsmötet handlar om den enskildes situation just nu och vilka insatser som behövs efter sjukhusvistelsen. Utgångspunkten är att vårdplanera till hemmet så långt det är möjligt, om vårdtagaren beviljas en korttidsplats ska det tydligt framgå i dokumentationen, varför inte omvårdnaden/vården kan bedrivas i hemmet.

Efter vårdplaneringen gör teamet en bedömning av vilka som ska ansvara för insatserna hos den enskilde brukaren. När teamet bedömer att brukaren har tränings- och förbättringsmöjligheter ansvarar teamet själva för att de planerade insatserna verkställs. Under en utredningsperiod på två veckor bedömer teamet tillsammans med den enskilde, behovet av fortsatta kommunala insatser och vårdplanerar utifrån det. Om det finns behov för fortsatt utredning efter två veckor beviljas ytterligare en period på två veckor, därefter rapporteras vårdtagaren över till kommunens berörda personal såsom biståndshandläggare och hälso- och sjukvårdspersonal. Vårdplaneringsteamet rapporterar även över till eller initierar en ny vårdplanering med berörd enhet inom VG Primärvård.

Vårdplaneringsteamet ska också vårdplanera brukare som inkommer i KLARA som "meddelande i KLARA till vård och omsorg".

Vid alla vårdplaneringar görs en individuell bedömning av vilka yrkeskategorier/personer som är bäst lämpade att delta i vårdplaneringen. Det är enbart vårdplaneringsteamet som ska göra bedömning om inskrivning i den kommunala hälso- och sjukvården.

Alla i vårdplaneringsteamet ska även vara en resurs och delta i ordinarie verksamhet inom sin profession.

I teamets uppdrag ingår också dataadministration angående KLARA SVPL. Efter vårdplanering dokumenteras resultatet tydligt i KLARA.

Biståndshandläggarens roll i vårdplaneringsteamet

- Att boka in vårdplaneringar på sjukhus/hemmet/korttiden i samverkan med det övriga teamet.
- Att leda vårdplaneringsmötet.
- Att i samband med vårdplaneringen på sjukhuset/hemmet är biståndshandläggarens roll att ta in information från brukaren och att tillsammans med övriga deltagare i vårdplaneringsteamet fatta ett korrekt beslut om insatser.
- Huvudansvarig i vpl-teamet att dagligen administrera KLARA SVPL
- Att dokumentera utredningen och beslutet i Procapita
- lämna statistik varje månad till enhetschefen för vårdplaneringsteamet.

Sjuksköterskans roll i vårdplaneringsteamet

- Sjuksköterskan skriver in patienten i hemsjukvården och öppnar och påbörjar ny journal i Procapita i samband med vårdplanering av nyinskrivna.
- Att dokumentera i Procapita under planering resultatet av vårdplaneringen.

- För de patienter som vårdplanerats och som redan är inskrivna i HSV så uppdateras status efter vårdplanering och rapporterar vidare till ordinarie omvårdnadsansvarig sjuksköterska.
- Sjuksköterskan ansvarar för att bedöma, planera, genomföra och utvärdera omvårdnaden på korttidsavdelningen under hela den intensiva rehabiliteringsperioden.
- Att träna egenvård med patient, tex dosettindelning, ta läkemedel självständigt, insulingivning, katetertömning.
- Att stötta den enskilde och att ta tillvara den enskildes resurser och sätta upp rimliga mål och delmål
- Att ansvara för kontaktpunktens telefon dagtid.

Arbetsterapeutens roll i vårdplaneringsteamet

- I samband med hemgång från sjukhuset gör arbetsterapeuten en bedömning av den enskildes ADL-status
- Se över fallrisker, utprovning av hjälpmedel och ev. bostadsanpassning.
- Under den intensiva rehabiliteringsperioden aktivt arbeta med rehabilitering för att skapa självständighet.
- Att stötta den enskilde och att ta tillvara den enskildes resurser och sätta upp rimliga mål och delmål.
- Att stötta och handleda omvårdnadspersonalen i rehabiliterande förhållningssätt och vardagsrehabilitering.
- Att dokumentera i procapita under planering resultatet av vårdplaneringen.

Sjukgymnastens roll i vårdplaneringsteamet

- I samband med hemgång från sjukhuset gör sjukgymnasten en bedömning av den enskildes resurser och förmåga.
- Utifrån bedömningen sätter sjukgymnasten upp mål i samråd med den enskilde.
- Beroende på målsättning initierar sjukgymnasten träningsinsatser och ev. hjälpmedel.
- Att under den intensiva rehabiliteringsperioden aktivt arbeta med rehabilitering för att skapa självständighet.
- Att stötta och handleda omvårdnadspersonalen i rehabiliterande förhållningssätt och vardagsrehabilitering.
- Att dokumentera i procapita under planering resultatet av vårdplaneringen.