

Förslag till förändring av mallar för vårdplaner - HSL, LPT och SIP

Framtagen av en arbetsgrupp ur Brukarrådet på Norra Stockholms psykiatri, maj 2016

Arbetsgrupp:

- Elisabet Kvist, OCD-Sällskapet Stockholm
- Linn Jansson, Frisk&Fri Stockholm
- Pia Olsson, RMSM Järva
- Sven Hallberg, ÅSS
- Lars Nerén, ÅSS
- Lars Erdner, IFS/CS
- Birgit Fredriksson, Attention

Bakgrund

Gruppen har under våren 2016 tagit del av mallarna och instruktionerna ur Take Care för vårdplan enligt HSL, LPT och SIP. Den här skrivelsen utgör gruppens förslag på hur dessa mallar skulle kunna förbättras.

Mallarna ser i nuläget olika ut, något vi bitvis tycker är omotiverat. Vårt förslag gäller alltså gemensamma drag vi anser borde finnas som grund i samtliga av dessa mallar. Utöver den grunden kan mer specifika saker läggas till.

Vårdplanens struktur - förslag på upplägg av mallen

1. Hur kommer det sig att du är här?

Undvik ordet ”problemformulering”, det kan kännas som att man siktar på att hitta en lösning till problemet redan från början.

2. Vad behöver patienten hjälp/stöd med?

Upplagt som en ruta med innehållet

- a) Vad patienten anser sig ha för hjälp/stödbehov
- b) Vad ev. närstående anser att det finns för hjälp/stödbehov
- c) Vad vårdpersonalen anser att det finns för hjälp/stödbehov
- d) Vad den gemensamma överenskommelsen är utifrån detta

Olika parter kan bidra med sin syn på vilka behov som finns, ingen ska bli den enda som hörs. Vi i brukarrådet anser att alla ska komma till tals, så att all viktig information kan komma fram. Detta kan förbättra arbetet och öka följsamheten hos såväl patienten som närstående.

3. Vilka insatser kan olika aktörer erbjuda?

4. Vad kan närstående samt patienten själv göra?

Det är utmärkt att alla som kan får bidra. Dels eftersom det ger patienten större delaktighet och egenmakt, dels för att det avlastar samhället ekonomiskt.

5. Genomförande.

- a) Vem gör vad?
- b) När (tidsramar)?
- c) Hur?

Viktigt att det framkommer vem som har ansvar för vad, när det ska ske, och så vidare.

6. Uppföljning

- a) När ses vi igen (och vilka närvarar)?
- b) Hur ska det gå till (telefon? Träffas fysiskt? Behövs förberedelser? Färdtjänst? Annan info till patient/närstående?)
- c) Var?

Och - under hela processen löper självklart den viktiga dokumentationen.

Förslag till nya rutor

7. Är vårdplanen upprättad tillsammans med patienten?

Ja Nej

Om nej, ange varför:

8. Lägg till frågorna:

a. Har du haft problem med ditt ätande under de tre sista månaderna?

b. Har du tidigare fått hjälp/stöd för ätstörningsproblematik?

9. Ruta för suicidrisk

10. Risk för självskadebeteende

11. Bedömning av benägenhet till hot och våld.

Använd gärna termen ”fysisk person” (mindre laddat begrepp som används i en av brukarorganisationerna när man talat om att någon är eller varit våldsam. Öppnar upp för en ickedömande attityd).

12. Ruta för om krisplan finns eller ej.

13. Ruta för om det finns behov av somatiska insatser

14. Ruta för övriga upplysningar eller insatser

15. Avslutande sektion för underskrifter från samtliga deltagare

Det ska kunna gå att välja att man INTE samtycker till vårdplanen. T ex:

Namn:

Jag samtycker till innehållet i vårdplanen

Jag samtycker inte till innehållet vårdplanen

Förslag på ändringar:

Tekniska funktioner i mallarna

16. Spärr, eller annan varning i journalsystemet om en vårdplan inte upprättats

17. Spärrrutor i själva vårdplanen – som omöjliggör att upprätta dokumentet om inte vissa obligatoriska rutor är ifyllda (t ex ang om vårdplanen är upprättad tillsammans med patienten)

18. Funktion som gör att ex. fler än ett visst antal utskrifter av dokumentet får mycket dålig kvalitet – detta för att minska läckor av sekretessbelagda uppgifter som tyvärr inte alltför sällan just hamnar fel, samt även för att värna om materialet och därmed miljön.

Om vårdplaneringsprocessen

Risker och hinder

- Bristande kommunikation/missförstånd mellan ÖV/HDV eller olika aktörer.
- Planen/planerna följs inte – vilket kan resultera i att den/de snarare blir en orsak till konflikt än ett redskap.
- Inga eller dåliga rutiner för hur vårdplaneringsmöten går till, ingen/dåligt med utbildning.
- Oklarheter gällande inblandade professioners ansvarsområden.
- Att vården inte ger patient och närstående möjlighet att förbereda sig ordentligt inför möten.
- Oförberedd vårdpersonal/övriga aktörer.
- För sporadisk kontakt med patienten efter vårdplaneringstillfället.

Att tänka på

Inför mötet

- Har patienten behov av tolk?
- Om sekretessen inte sätter hinder – är brukaren informerad om att denne har möjlighet att ta med exempelvis en stödjande anhörig till mötet?
- Har patientens läkemedel gått igenom? Dubbelmedicinering är vanligt, speciellt bland äldre med behov av somatisk vård.
- Förhållningsättet till patienten – Att personen verkligen är i fokus, och att eftersträva att arbeta med hela personen och dennes liv.
- Förhållningssätt till vårdplanen – Att se det som det delikata och levande dokument som det är.
- Pågående somatisk vård?- Hur/varför/var?
- Finns en krisplan? Behövs den nu?
- Kontakttuppgifter till anhöriga?
- Individanpassa information till den/de berörda
- Informera och tillhandahåll ev. någon form av beslutsstöd – (exempelvis Ottawa Decision Guide)
- Använder/behöver patienten hjälpmedel? Såsom vetekudde, rollator, osv..
- Öppen attityd till samtliga sexuella läggningar. Se alla som någon som kan ha annan läggning än förväntad. Fråga hellre om ”partner” än om pojkvän/flickvän/make/maka.

Under mötet

- Skapa en god mötesmiljö (t.ex. bjud på kaffe, fråga var brukaren föredrar att sitta..)
- Välinformerad/e brukare/anhöriga/VP/övriga
- Använd gärna namnbrickor. Det är lätt att glömma namn och kan vara svårt att fråga för den eller de som kanske känner sig i underläge.
- Syftet med varför var och en är där – ha det klart och arbeta utifrån det.
- Individanpassa information till den/de berörda

Efter mötet

- Behöver patienten/närstående ett informationsmöte för att gå igenom vad som sagts?
- Är ansvarsfördelningen klar för alla?
- Vem kontaktar vem om något fungerar mindre bra?