

Ansvarig Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	Upprättad av Verksamhetschef Capio VC Verksamhetschef Knislinge VC MAS Östra Göinge kommun	Berörda verksamheter Capio vårdcentral Broby Knislinge vårdcentral Kommunal primärvård Östra Göinge	Fastställt datum 2024-11-01
Dokumentnamn Behandlingsplan för patienter inskrivna i mobilt vårdteam	Ledningssystem Enligt SOSFS 2011:9	Reviderad	Diarienummer



Omfattning

Rutinen är gällande för patienter som enligt [rutin](#) för vårdsamverkan samtyckt till att skrivas in i mobilt vårdteam, för offentliga och privata vårdvalsenheter i Östra Göinge kommun och följer [HS-avtalet](#).

Mål

- Ge patienten ett ökat inflytande och deltagande i planeringen av vård och behandling
- Öka andelen patienter med tydliga planer för vård och omsorg samt med andelen förebyggande insatser
- Öka andelen planer med tidiga tecken på återinsjuknande
- Öka andelen årliga läkemedelsgenomgångar
- Öka kvaliteten på vården i livets slutskede

Genomförande

- Läkartid används till hembesök, SIP, läkemedelsgenomgångar samt brytpunktssamtal
- Dag och tider för besök på SÄBO (fd rondtid) beslutas i samverkan av berörda chefer
- Patientbesök i ordinärt boende beslutas av berörda professioner

Första besöket

- Hembesök bokas av sjuksköterska till ny patient. Målet är att en SIP har upprättats inom 4 veckor. Vid behov och om patienten önskar, bjuds anhöriga in.
- Ansvarig läkare överenskommer med sjuksköterska om vilka uppgifter/prover de önskar få utförda som stöd för bedömning innan ett första besök.
- Sjuksköterska utför första besök för att samla relevanta information, utföra riskbedömningar samt Phase 20/ phase proxy
- Vid första hembesök lämnas [informationsmaterial](#) om inskrivning i mobilt vårdteam. Samtycke till vårdformen inhämtas av läkare och sjuksköterska. Samtycket tas med till aktuell vårdcentral för registrering i vårdformen.

- Vid första besöket utförs *Bedömning av palliativt vårdbehov – Del 1* (nationell vårdplan för palliativ vård) för identifiering av patientens vårdbehov och bedömning av på vilken vårdnivå insatser ska ske. Eventuella beslut om behandlingsbegränsningar fattas.
- Plan för vården dokumenteras i en SIP med målsättning att samordna insatserna för vården och omsorgen samt tydlig vem som ansvarar för planerade insatser. Tidiga tecken på återinsjuknande utifrån sjukdomsbild samt åtgärder till dessa diskuteras och skrivs i planen. Även patient och/eller anhörigas delaktighet och insatser ska framgå. Vid SIP följs: [Rutin för arbete med Samordnad Individuell Plan \(SIP\)](#)
[Handhavandestöd vid Samordnad Individuell Plan \(SIP\)](#)
- Sjuksköterska dokumenterar i verksamhetssystemet enligt rutin att patienten är inskriven i mobilt vårdteam.
- Ansvarig läkare avgör, efter patientens behov, med vilka intervaller patienten framöver behöver inplanerade läkarbesök. Likaså avgör läkare vilka systematiska uppföljningar/provtagningar som ssk ska utföra och återrapportera regelbundet.
- Hembesök planeras med minimum om ett besök/år. Oftare vid behov. Vid besöket ska ev SIP revideras, planer gås igenom och en läkemedelsgenomgång ska utföras årligen.

Fortsatta hembesök

- Hembesök bokas alltid till patienter för bedömning av nytillkomna förändringar i allmäntillståndet som inte kräver omedelbar insats.
- Patienter aktuella för hembesök samt orsaken till hembesöket faxas till vårdcentralen två dagar innan besöksdag. Är besöksdag en måndag skickas faxet föregående fredag.
- Innan ärendet sätts upp till läkare ska sjuksköterska ha besökt patienten personligen för bedömning (ev. beslutsstöd) samt utfört och utvärderat de omvårdnadsåtgärder upp till sjuksköterskenivå som ärendet kräver.
- Alla ärende som inte kräver hembesök av läkare ska tas via telefon på särskilda telefonder. Ex uppföljning som inte kräver att läkare träffar patienten.
- Telefonordinationer ska skyndsamt skrivas in i Pascal av ordinerande läkare för att ordinationen ska kunna verkställas av sjuksköterska.
- Ärende som kan utföras av läkare utan sjuksköterska närvaro ex förnya recept skickas till respektive vårdcentral med samma rutiner som hemsjukvård i området.

Uppföljning

Uppföljning av rutin och arbetssätt utförs i lokal samverkan 2025-08-01