

Omsorgsavdelningen

Johan Greco
Vård- och omsorgschef

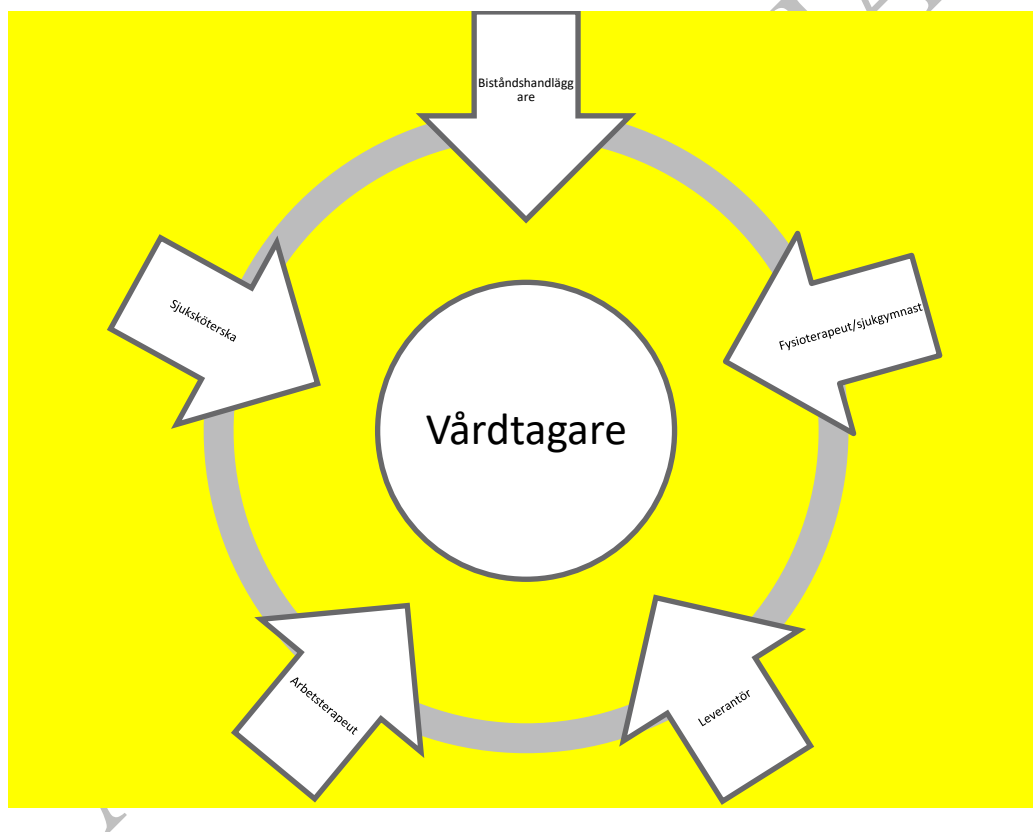
Arbetsmodell för teamarbete äldreomsorgen



Omsorgsavdelningen

Syfte och mål

Vård och omsorg arbetar för en personcentrerad och sammanhållen vård och omsorg. Ett gemensamt teamarbete ska ge verksamheten ett stöd i de professionella bedömningarna. Utifrån vårdtagarens situation/behov ska det tvärprofessionella arbetssättet identifiera lösningar som kan erbjudas aktuell vårdtagare. Arbetssättet ska präglas av resurseffektivitet och ett tvärprofessionellt teamarbete utifrån varje yrkesgrupps uppdrag och kompetens. Målet med ett teamarbete är att vårdtagarna kan bibehålla sina funktioner och förmågor och att pågående försämring, som normalt åldrande och sjukdom innebär, fördröjs. Målet är också att vårdtagaren får rätt insats i rätt tid, ett funktionsbevarande förhållningssätt hos vårdpersonalen samt en väg in – vilket ger vårdtagaren en känsla av trygghet



Samarbete och förhållningssätt

Vård och omsorg utgörs av den kommunala verksamheten och våra leverantörer. Vi arbetar alla på uppdrag åt Omsorgsnämnden. Samarbetet ska präglas av:

- Tillit, respekt, ta tillvara på varandras kompetens för största vårdtagarnytta, transparens och goda relationer
- Information och kommunikation ska hanteras via sedvanliga former via Life Care meddelande

För att belysa vårt gemensamma uppdrag finns också möjlighet att t e x:

- skapa andra mötesytter tillsammans som t ex delta vid morgonmöte, APT, kontaktmannens delaktighet vid hembesök eller inför hembesök.

Tänk på att säkerställ att samtycke finns för informationsutbyte innan vidare dialog genomförs med annan personal.

En väg in

Kommuninvånarna ska uppfatta vård och omsorg som ”en verksamhet”. Detta innebär att får man till sig ett behov hos en kommuninvånare är det av stor vikt att alla tar ansvar för att förmedla information till berörd profession inom vård- och omsorg, som då tar ansvar för vidare kontakt. En väg in gäller den kommunala driften och våra leverantörer.

Teamträffar ordinärt boende

Teamträffar är plattformen i det tvärprofessionella teamarbetet med fokus på vårdtagarens behov i förhållande till självständighet och att bibehålla funktioner. På teamträffarna där leverantör, arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster, sjuksköterska, biståndshandläggare ingår, tas aktuella ärenden upp och insatser planeras och diskuteras. Teamträffarna är ett tillfälle för samordning av en personcentrerad vård och omsorg. Organiseringen för teamträffarna utgår från respektive kommundel dvs Vellinge, Höllviken/Ljunghusen samt Skanör/Falsterbo. Utgångspunkten är alltid att planeringen ska ha målfokus på ökad självständighet i vardagslivet. Teamträffarna är ett prioriterat möte för alla.

Frekvens: Varannan vecka, 1,5 timme. Varannan gång på Perstorpsgatan och varannan gång i leverantörens verksamhet.

Medverkande: Biståndshandläggare, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, sjuksköterska och representant från leverantören.

Ordförande ska finnas för varje team med syfte att styra agendan och mötet samt ansvarar för planering av tider och lokal.

Stående agenda:

Ordförande inventerar aktuella individärenden för mötet. Aktuella individärenden blir mötets agenda. Ett ärende kan omfatta följande delar.

- Uppföljningar (planerad uppföljning eller behov av uppföljning)
- Behov av SIP
- Riskbedömning enligt tex Senior Alert och åtgärder
- Gemensamma hembesök
- Fördjupat underlag för vidare bedömning om insatsbehov t e x via adl-status, förflyttningsstatus etc

- Ökat eller minskat behov av stöd/hjälp, kan behovet tillgodoses på annat sätt för ökad självständighet
- Behov av BPSD skattning
- SVPL och uppföljning efter hemgång
- Trygg Hemgång
- Goda lärande exempel av t ex individärende
- Vård i livets slut
- Fall

Ett ärende ska inte diskuteras i sin helhet utan en gemensam plan ska skapas, tider bokas osv för att mötet ska bli effektivt.

Teamträffar vård- och omsorgsboende

På teamträffarna där leverantör, arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster ingår, tas aktuella ärenden upp och insatser planeras och diskuteras.

Teamträffarna är ett tillfälle för samordning av en helhetsbaserad vård och omsorg. Utgångspunkten är alltid att planeringen ska ha målfokus på ökad självständighet i vardagslivet. Teamträffarna är ett prioriterat möte för alla.

Frekvens: En gång i månaden

Medverkande: Arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, sjuksköterska och verksamhetschef/gruppledare etc.

Ordförande ska finnas för varje team med syfte att styra agendan och mötet samt ansvarar för planering av tider och lokal. Respektive verksamhetschef eller annan utsedd person hos leverantören kallar till teamträffar.

Ordförande inventerar aktuella ärenden för mötet som bl a kan innefatta följande delar.

- Uppföljningar (planerad uppföljning eller behov av uppföljning)
- Behov av SIP
- Riskbedömning enligt tex Senior Alert och åtgärder
- Fördjupat underlag för vidare bedömning om insatsbehov t e x via adl-status, förflyttningsstatus etc
- Ökat eller minskat behov av stöd/hjälp, kan behovet tillgodoses på annat sätt för ökad självständighet
- Behov av BPSD skattning
- SVPL och uppföljning efter hemgång
- Goda lärande exempel av t ex individärende
- Vård i livets slut
- Fall

Ett ärende ska inte diskuteras i sin helhet utan en gemensam plan ska skapas, tider bokas osv för att mötet ska bli effektivt.

Interaktion/samarbete vid bedömningar

Innan biståndsbedömning och beslut fattas i nedanstående områden kan bedömning inhämtas av det tvärprofessionella teamet vid behov. Målet är ökad självständighet och bibehållna funktioner för den enskilde kommuninvånaren. Dessa tvärprofessionella bedömningar kan diskuteras på teamträffarna och en gemensam plan tas fram dvs hur varje yrkesgrupp går vidare.

- Vid ansökan om dusch och när stödet från hemtjänst tenderar att övergå från stöd till personlig omvårdnad.

Andra bedömningar där ett tvärprofessionellt arbetssätt är viktigt är bl a inom följande områden.

- Vid nutritionsbedömningar och planering av insatser
- Vid fallpreventivt arbete
- Sårvårdbedömningar och planering av insatser
- Smärtbedömningar och planering av insatser
- BPSD bedömning

Bedömningar och instruktioner ska vidare till utförare i samband med beställning för att skapa ett genomförande som präglas av ett personcentrerat- och funktionsbevarande förhållningssätt där vikten ska ligga på att bibehålla resurser och öka självständigheten.

Förebyggande arbete

Det förebyggande arbetet är av stor vikt för att kommuninvånarna ska kunna bibehålla resurser och självständighet. De olika yrkesgrupperna kommer i kontakt med kommuninvånarna i olika skeden och här är det av stor vikt att vi kan identifiera situationer som skulle kunna lösas med andra yrkesgruppers professioner. Se några exempel nedan:

- Vid demensdiagnos, finns andra möjligheter att lösa behov än hemtjänst t ex genom att se över boendemiljön och kompensera minnessvikt med olika strategier och/eller hjälpmedel
- Beroende på vilken yrkeskategori som har kontakt med kommuninvånaren uppmärksammas/identifieras olika problem och omständigheter. Detta diskuteras på ett lösningsfokuserat sätt i teamet vilket kan innebära att en yrkeskategori involverar andra yrkeskategori i teamet för att finna bästa lösningen på situationen.