

Hemsjukvårdsdokumentation och Senior Alert

Målgrupp sjuksköterska/distriktsköterska samt läkare inom hemsjukvården
Stockholms läns sjukvårdsområde(SLSO)



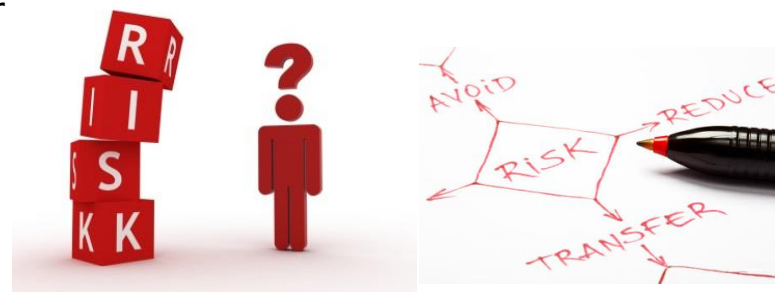
Inom hemsjukvården finns några av våra mest sköra patienter.

För att förbättra vård och omhändertagande och öka säkerheten för dessa patienter är det viktigt att arbeta förebyggande med riskbedömningar, åtgärdsplanering och uppföljning av viktiga faktorer som till exempel risk för fall, risk för trycksår, risk för undernäring.

Ju mer enhetlig och strukturerad dokumentationen i hemsjukvården är desto större möjlighet har vi att följa upp och förbättra vården för dessa patienter.

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som bland annat följer detta förebyggande arbete. I registret kan rapporteras och följas risk för fall, trycksår och för undernäring samt risk för ohälsa i munnen och blåsdysfunktion.

I husläkaruppdraget ingår att rapportera till detta kvalitetsregister för våra hemsjukvårdspatienter.



Patienter i basal hemsjukvård

För att skrivas in i basal hemsjukvård ska patienten på grund av medicinska skäl eller funktionshinder ha behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som ska vara varaktiga och beräknas kvarstå under minst 14 dagar. Patienten ska ha behov av minst två insatser i hemmet per kalendermånad för att definieras och registreras som hemsjukvårdspatient.

In- och utskrivning sker inte vid kortare uppehåll i hemsjukvården för exempelvis vård i slutenvård. Med kortare uppehåll menas högst 30 dagar.



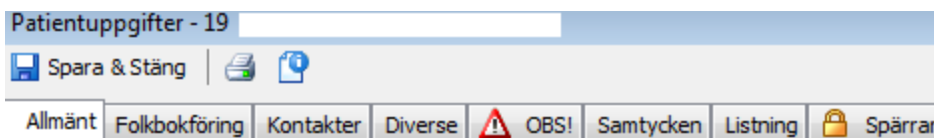
Förslag till arbetsordning för sjuksköterska/distriktsköterska (dsk/ssk) vid in- respektive utskrivning av patienter i hemsjukvården för HLM-uppdraget inom SLSO

Inskrivning:

1. Skriv in patienten i **ListOn**. Detta styr ersättningen för hemsjukvård.
2. Om vårdplatslistan eller annan lista används i TakeCare på din enhet, skriv in patienten även här. Lämna material hos patienten, hemsjukvårdspärm eller liknande med aktuell läkemedelslista enligt lokal rutin. Vid behov nyckelhantering enligt lokal rutin.
3. Gör en inskrivningsanteckning i mallen "**Hemsjukvård Inskrivning**" i TakeCare.
 - a. Informera patienten om sammanhållen journalföring
 - b. Informera Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och Patientansvarig läkare om att inskrivning gjorts.
4. Informera patienten om Senior alert och dokumentera **Patientsamtycke kvalitetsregister – Senior Alert**.
5. Fyll i datum i termen: **Basal hemsjukvård, inskriven**. Detta för att kunna använda rapporter på Insidan och se datum i hemsjukvårdsöversikten.
6. Uppdatera uppgifter under flikarna i **Patientuppgifter**, speciellt uppgifter under Allmänt, Kontakter, Diverse, Samtycken och uppdatera listningen. Uppgifterna under Diverse blir synliga i Hemsjukvårdsöversikten i TakeCare.



- ... Sammanhållen journalföring
- ... Omvårdnadsansvarig ssk, primärvård
- ... Patientansvarig läkare, primärvård
- ... Patientsamtycke kvalitetsregister
- ... Patientsamtycke
- ... Basal hemsjukvård, inskriven



Fortsättning av förslag till arbetsordning hemsjukvård

8. Dokumentera i journalmallen **Riskbedömning/åtgärd - Trycksår/Undernäring /Fall**.

- a. **Längd och vikt** (detta ska göras en gång per inskrivningstillfälle och minst en gång per år).
 b. **Förekomst av trycksår** - ja eller nej. Ange kategori, placering och sida. Om fler än ett trycksår => välj "Lägg till".

Förekomst av trycksår			
Trycksår	Kategori	Sårets placering	Sida

- c. **Riskbedömning** enligt bedömningsverktygen **Modifierad Norton**, **Initialbedömning MNA** och **Downton fallrisk index** dokumenteras (detta ska göras vid inskrivning och minst en gång/år).
 d. **Planera/utför åtgärder** och dokumentera under termerna för **Förebyggande av trycksår, undernäring respektive fall**. Välj aktuell åtgärd under "Åtgärd" och för att välja ytterligare åtgärd => välj "Lägg till". Fyll *inte* i Status. Skriv kommentar vid behov *t.ex hemtjänsten*.

Förebyggande av trycksår		
Åtgärd	Status	Kommentar
Information/undervisning		Hemtjänsten
Hjälpmedelsförskrivning		

- e. Planera för uppföljning (boka in påminnelse för detta i kalendern).

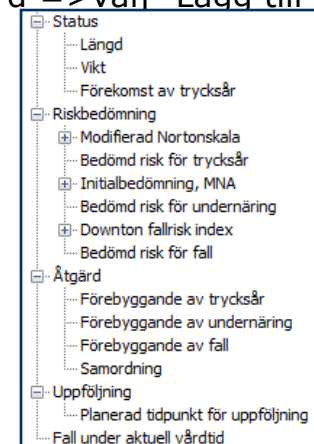
9. Upprätta **Omvårdnadsplan** (dsk/ssk) och **Medicinsk vårdplan** (läk) för patienten.

10. Planera för och utför tillsammans med läkare fördjupad **läkemedelsgenomgång**.

- a. Stäm av läkemedelslistan (Pascal?).
 b. Gör en symtomskattning med patienten (Phase 20 eller SMA).
 c. Kontrollera prover för njurfunktion och eventuella andra labprover.
 d. **Fördjupad läkemedelsgenomgång** ska erbjudas årligen (**KVÅ-kod XV016**).
 e) Dokumentera Fördjupad läkemedelsgenomgång- utförd och rapportera KVÅ-kod XV016

Hemsjukvårdspatienter ska erbjudas hälsokontroll av läkare minst en gång om året.

Fördjupad läkemedelsgenomgång	
välj	
Genomförd	
Planerad	




Utskrivning:

1. Skriv ut patienten från **ListOn**.
2. Skriv ut från eventuell lista i TakeCare där patienten registrerats som hemsjukvårdspatient på din enhet.
3. Utvärdera effekt av åtgärder som planerades för de risker som identifierats vid riskbedömningarna för trycksår, fallrisk och undernäring.
4. Avsluta/utvärdera **omvårdnadsplan/medicinsk vårdplan**.
5. Uppdatera uppgifterna under **Patientuppgifter**.
6. Fyll i sökordet **Basal hemsjukvård utskriven** med datum.
7. Om patienten flyttar behöver ändring göras av ansvarig PAL/ordinatör i **Pascal** om det är aktuellt.

Basal hemsjukvård, utskriven

Datum:



Uppföljningsrapporter Husläkaruppdrag - Basal hemsjukvård finns på Insidan
rapporterna kräver att dokumentation gjorts på termerna Basal hemsjukvård inskriven respektive utskriven

- Dokumentation av riskbedömningar för patienter i basal hemsjukvård
- Uppföljning av fördjupade läkemedelsgenomgångar för patienter i basal hemsjukvård
- Uppgift om längd och vikt eller BMI i journalen för patienter i basal hemsjukvård



Förslag till dialogfrågor:

Hur ser dokumentationen för hemsjukvården ut på vår vårdcentral? Titta i rapporterna på Insidan.
Vilka risker har våra hemsjukvårdspatienter?

Hur kan vi arbeta med hemsjukvårdspatienterna på bästa sätt hos oss? Lokala rutiner?

Hur samarbetar vi bäst med andra aktörer runt hemsjukvårdspatienterna?

Fördelar/nackdelar med strukturerad dokumentation i hemsjukvården?



Överföring av strukturerad vårddata till kvalitetsregister

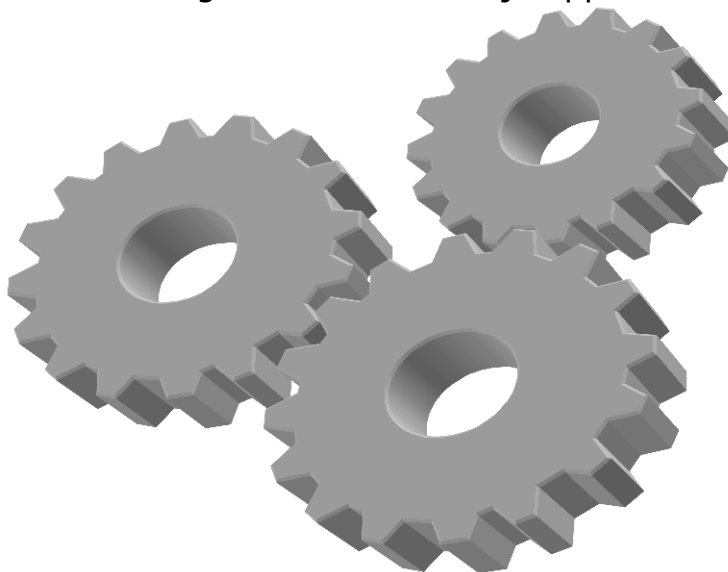
Om dokumentationen görs på det strukturerade sätt som beskrivits i föregående bilder finns möjlighet att föra över informationen direkt till kvalitetsregistret Senior alert via verktyget **IVR** (Insamling, Validering, Rapportering) som kan nås via Externa system och tjänster.

Fyra vårdcentraler har varit piloter för arbetet med att få överföringen till Senior alert att fungera.

Det finns fortfarande en del administrativa frågor att lösa innan överföring till detta register kan breddinföras.

En förutsättning för överföring till kvalitetsregister är att den strukturerade dokumentationen finns i TakeCare.

Strukturerad dokumentation är också viktigt för att kunna följa upp vårt arbete internt.

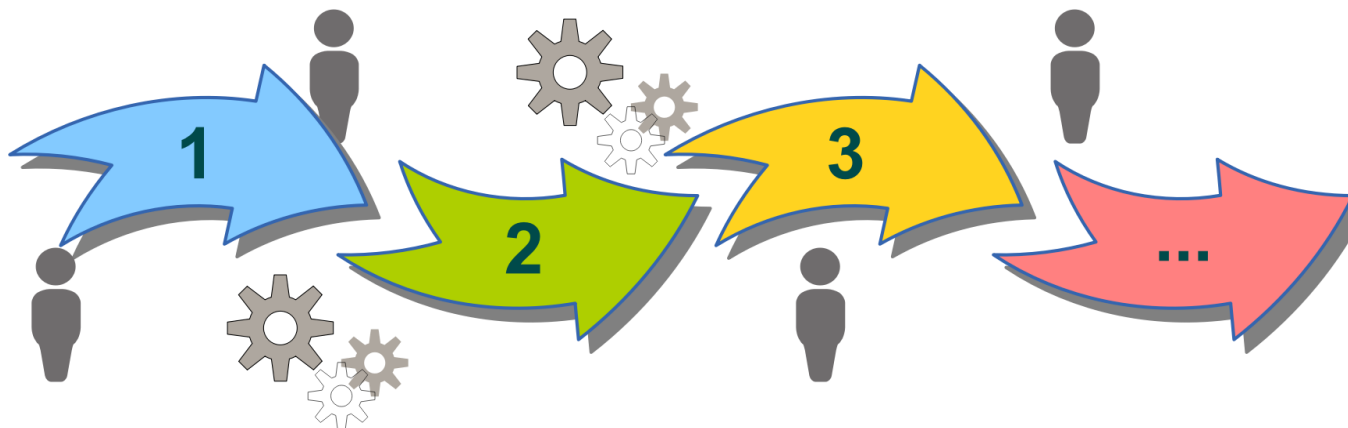


Överföring av data från TakeCare via IVR till kvalitetsregister Senior alert

För att komma åt verktyget IVR behövs behörighet och enheten måste ha en identitet i IVR-verktyget. För att kunna föra över uppgifter behövs även koppling från IVR till kvalitetsregistret. Observera att enheten bara har en koppling från IVR till registret, inte olika för olika vårdlag.

Externa system och tjänster ▶ Kvalitetsregister rapportering ▶ IVR...

Register:	Senior alert	Inskrivning	Riskbedömning	Avslutsdatum	Riskbedömning	Åtgärd	Uppföljning	Avslut
Rapporteringstyp:		2016-11-11	2016-12-02		Mottaget av registret	Mottaget av registret	Mottaget av registret	Ej ifyllt
	Riskbedömning							
	Åtgärd	2016-12-23			Ej ifyllt	Ej ifyllt	Ej ifyllt	Ej ifyllt
	Uppföljning							
	Avslut	2016-12-20	2016-12-29		Klar att skicka till register	Klar att skicka till register	Klar att skicka till register	Ej ifyllt
	Alla							



Regler för identifiering av data vid överföring från TakeCare till Senior alert via IVR

Registrering

- Patienten måste ha datum dokumenterat i **Basal hemsjukvård inskriven**
- **Patientsamtycke kvalitetsregister Senior alert** får inte vara dokumenterat med nej. Om samtycke inte går att få eller avböjs => välj Kvalitetsregister Senior alert nej. Om sökordet inte fylls i tolkas detta som ett ja.

Riskbedömning

- **Vikt** och **Längd** söks 10 år bakåt i tiden hos alla enheter inom samma vårdgivare. Avrundas till närmaste heltal. BMI(body mass index) räknar registret ut själv utifrån rapporterad längd och vikt.
- Om **trycksår** finns dokumenteras det på sökordet "Förekomst av trycksår". Om inget dokumenteras här eller vid valet "Trycksår – Finns ej" rapporteras det som att det *inte föreligger trycksår*. Data söks bara från det sökordet *samma datum som riskbedömning*.
- **Riskbedömning** enligt Norton (trycksår), initialbedömning MNA (undernäring), Downton fallrisk index (fall) dokumenteras i mätvärden eller sökord. För överföringen till registret behöver man *inte* räkna ut summan eller ange om risk finns eller ej.

Åtgärder

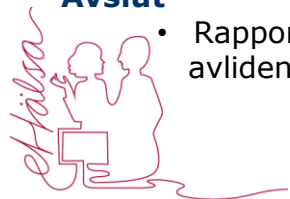
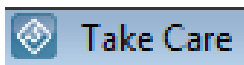
- **Registrera åtgärder** där risk finns. Samordning förs *ej* över till registret. Samordnande åtgärder dokumenteras/rapporteras som information/undervisning i respektive åtgärd.
- Åtgärder från "containertermerna" i mallen förs över till registret samma datum som riskbedömning.
- Läkemedelsgenomgång (**Fördjupad läkemedelsgenomgång –Genomförd**) söks 60 dagar innan och 30 dagar efter inskrivning i basal hemsjukvård. För att invänta denna åtgärd förs data över till registret först en månad efter inskrivning. *Riskbedömning, åtgärd, uppföljning hamnar alltså i så kallad "karantän" i 1 månad.* Läkemedelsgenom-gången rapporteras sen som utförd samma datum som riskbedömning.

Uppföljning

- Uppföljning skickas samtidigt som riskbedömning och åtgärd. Åtgärderna betraktas då som utförda.
- Vikt och eventuella trycksår rapporteras samtidigt med ny riskbedömning.

Avslut

- Rapporteras vid datum för **Basal hemsjukvård utskriven** eller om patienten registreras som avliden i TakeCare.



Reflektion efter seminariet...

