



TEAM- HANDBOK

Öppenvården

Den här handboken beskriver arbetet i egenteam inom den öppna hälso- och sjukvården i Egentliga Finlands välfärdsområde (Varha). Inom Varha tillämpas gemensamma principer för genomförandet av egenteam-modellen. På lokal nivå fastställer området lokalt anpassade arbetssätt som lämpar sig för områdets särdrag och svarar för att egenteam-modellen fungerar inom området.

Innehåll

Sida

1	Varhas egeteam-modell	01
2	Egeteam	03
2.1	Teamets uppgifter	04
2.2	Läkare	05
2.3	Sjukskötare / hälsovårdare	05
2.4	Övrig yrkespersoner i teamet	06
2.5	Teamets verksamhet	06
3	Bedömning av vårdbehov (HTA)	07
4	Vårdplan	07
5	Vård i eget team	08
6	Uppföljning och utvärdering	09
7	Bilagor – Sammanfattning av uppgifter som ska säkerställas	10

1. Varhas egenteam-modell

Verksamheten inom öppenvården i Varha grundar sig på en egenteam-modell som främjar kontinuiteten i vården (bild 1). Målet är att ett egenteam ska utses för varje invånare, så att invånarens vård alltid samordnas av samma yrkespersoner. Vården bygger på multiprofessionellt samarbete och utgår från patienternas vårdplaner. Genomförandet av egenteam-modellen följs upp med hjälp av indikatorer på nationell nivå, välfärdsområdesnivå och social- och hälsocentralnivå.

Ett egenteam har utsetts för varje invånare



Bild 1. Öppenvårdens modell för kontinuitet i vården inom Varha

Teamen erbjuder distanstjänster och använder Varha-applikationen



I egenteam-modellen utnyttjas kunnandet hos varje yrkesperson enligt patientens behov. Mångprofessionellt samarbete gör vården smidigare och möjliggör att patienten får vård i rätt tid av rätt yrkesperson, särskilt när det gäller patienter som har ett stort behov av tjänster. Egenteam-modellen stöder kontinuiteten i vården, vilket förbättrar tillgången till vård samt vårdens kvalitet och kostnadseffektivitet. Teamen erbjuder distanstjänster och använder Varha-applikationen. Teamarbetet ger stora fördelar (bild 2) på många nivåer.

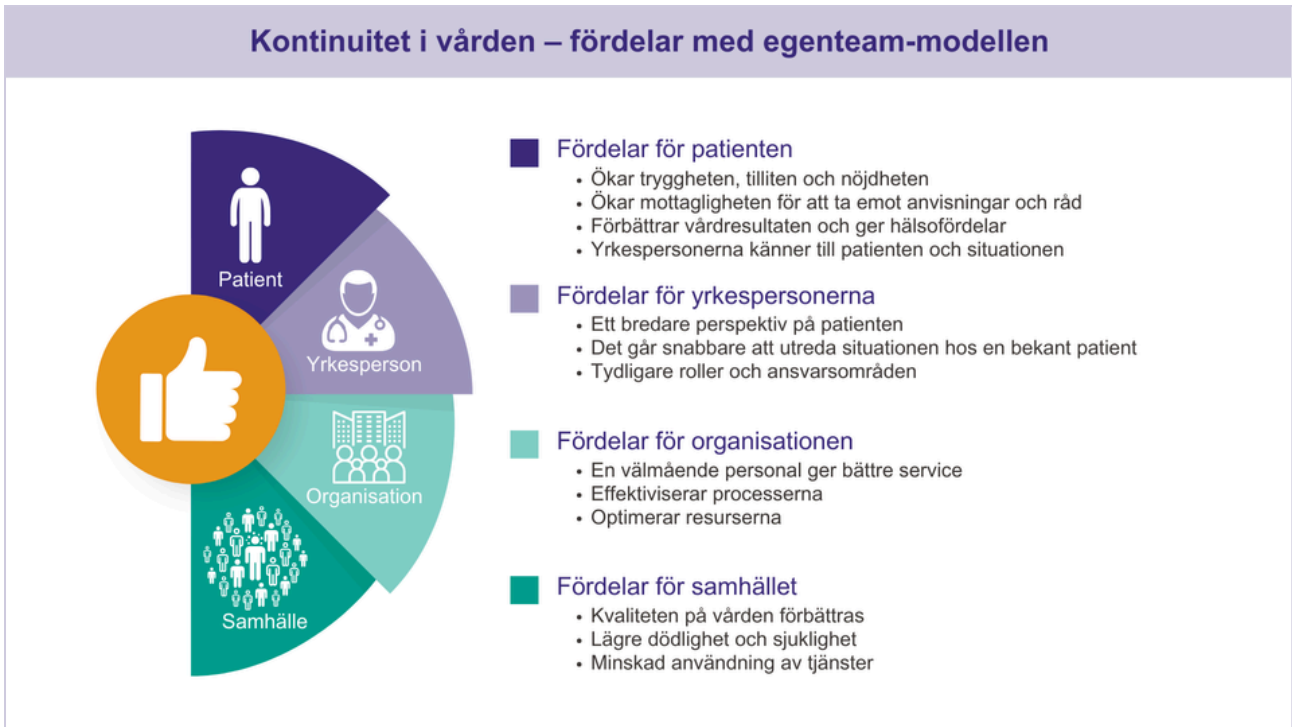


Bild 2. Kontinuitet i vården – fördelar med egenteam-modellen

Forskning har visat att när patienten vårdas av en och samma läkare minskar antalet jourbesök och förebyggbara sjukhusvistelser. Även dödligheten och kostnaderna minskar och vårdbalansen förbättras (bild 3). Dessutom minskar riskerna för associerade sjukdomar och komplikationer såsom kranskärllsjukdom, hjärnblödningar och hjärtinfarkter. Patientsäkerheten förbättras, patienten är nöjdare och tryggare och känner en större tillit till läkaren.

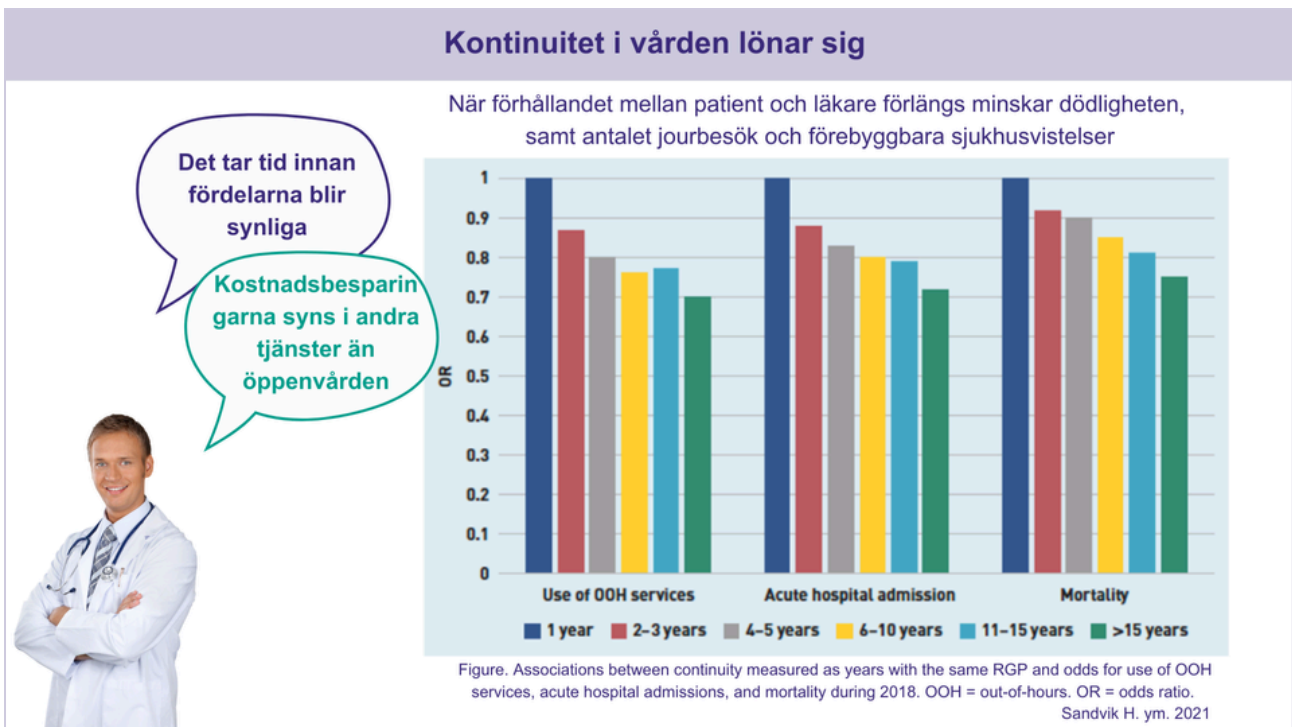


Bild 3. Kontinuitet i vården lönar sig

Källor: Auvinen J. ym. Hoidon jatkuvuusmalli - Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti. STM 2022. Mikkola I ym. Perusterveydenhuollon avovastaanotto toiminnan mallit sote-järjestelmässä; Hyvä käytäntö -konsensusuudistus. Duodecim 2022. Sandvik H. ym. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care. British Journal of General Practice 2021.

2. Egenteam

Hela befolkningen är indelad per team där befintliga vårdrelationer inte har avbrutits. Egenteamets medlemmar utses för varje patient (bild 4). Det finns inga direkt allmängiltiga forskningsresultat om förhållandet mellan en viss befolkningsstorlek och storleken på ett team. När både nya och erfarna yrkespersoner arbetar tillsammans i ett team, stöder teamarbetet lärandet. Vid planeringen av teamens befolkningsstorlek och personalresurser beaktas befolkningens sjuklighet och åldersstruktur, geografiska skillnader (glesbygd, avstånd) och områdets kulturella mångfald. Storleken på teamen begränsas inom Varha. Befolkningen delas in i mindre team inom social- och hälsocentralerna. Inom teamen kan man till exempel komma överens om en modell med arbetspar.

Befintliga vårdrelationer avbryts inte till följd av uppdelningen per team



Bild 4. Egenteamen tryggar helhetsvården

I teamen är olika yrkesgrupper jämnt representerade (bl.a. läkare, hälsovårdare, sjukskötare, närvårdare, sjukskötare med förskrivningsrätt och eventuellt fysioterapeuter). Varje yrkesperson bidrar med sin grundkompetens till teamet. Specialkompetens utnyttjas flexibelt över teamgränserna enligt patientens behov.

När både nya och erfarna yrkespersoner arbetar tillsammans i ett team, stöder teamarbetet lärandet



Varhas ramar

- Befolkningsstorleken är 5 000–8 000 personer / team
- Hela befolkningen delas in per team, men befintliga vårdrelationer avbryts inte
 - Uppdelningen sker enligt hemadress eller första bokstaven i efternamnet
- I varje egenteam ingår 5–12 yrkespersoner
- Yrkespersonerna utses till egenteamen så att den yrkesmässiga kunskapen är lika i alla team
 - Specialkompetens utnyttjas över teamgränserna

Områdets uppgift är att se till

- Hur befolkningen delas upp
 - Adress eller efternamn
- När befolkningen ska vara indelad per team
- Hur och när delas yrkespersonerna in per team
 - Delas befolkningen även till YEK-läkare
- Hur utnyttjas specialkompetens i alla team
- Hur och med vilka indikatorer bedöms teamarbetet

Byte av social- och hälsocentral: Om kunden har bytt social- och hälsocentral, utses kundens egenteam enligt lokal praxis. Kunden kan byta sohä-central en gång om året.

2.1 Teamets uppgifter

Egenteamet ansvarar för helhetsvården av de invånare som utsetts för teamet. I egenteamet används konsultationer till exempel för att förtydliga diagnoser, bedöma vårdlinjer eller fastställa behovet av fortsatt vård. Teamet kan till exempel konsultera en fysioterapeut, eller en sjukskötare vid enheten för mentalvårds- och missbrukartjänster, varvid ett team bildas kring patientens behov.

Alla yrkespersoner har tillgång till tider för skriftlig konsultation. De utsedda yrkespersonerna anges i grunduppgifterna i patientdatasystemet (bild 5). Det här underlättar yrkespersonerna arbete med att samordna vården.

De utsedda yrkespersonerna anges i grunduppgifterna i patientdatasystemet

tei2084f - Asiakkaan yhteydenotto

Suorituspaikka Keskustan terveysasema (TKU_TAKE1A)

Asiakashaku

Asiakas TESTI ANTERO

Osoite

Puhelin

Kotikunta Turku

Huomautus

Omalääkäri Onni Läkare (Egenläkare)

Työnantaja*

Tiimit TAKES3 Egenteam

Kanta-informointi

Tk-maksupvm Lkm >>

Holdon tarpeen arviointi Muu yhteydenotto

Yhteydenoton syy

Alanvaraukset

1. Välj team
2. Här kan du se yrkespersonen i teamet

tei0231f - Tiimin resurssien/suorituspaikan ylläpito

Tunnus Nimi

TAKES1

Suorituspaikka

Resurssi

Tunnus Nimi Tettävänimike

SANSAI Sanna Sjukskötare Sairaanhoitaja
ONNLAA Onni Läkare Lääkäri

Här hittar du uppdaterade uppgifter om yrkespersonerna i teamet

OK Peruta

Bild 5. Utsedda yrkespersoner i patientdatasystemet

2.2 Läkare

Patienten hänvisas alltid till samma läkare när det är möjligt. Om läkaren inte har lediga tider och det krävs läkarmottagning, hänvisas patienten till en annan läkare i egeteamet. Läkaren ansvarar för och planerar den medicinska behandlingen av den utsedda befolkningen, samt diagnostiserar patienter. Läkaren tolkar resultaten av laboratorieundersökningar, bilddiagnostiska undersökningar och vårdresponser. Läkaren ansvarar också för att justera vårdplansutkastet och medicineringen samt för att förnya recept. Läkaren ger också konsultationer till andra yrkespersoner.

Exempel En läkares dag kan bestå av icke-brådskande mottagningar, halvbrådskande patienter, telefonsamtal och konsultationer (bild 6).

Vissa av läkarens arbetsinsatser kan tillfälligt tillhandahållas via den centraliserade produktionen av distanstjänster. I sådana situationer kommer man överens om lämplig samarbetspraxis så att kontinuiteten i vården tillgodoses på bästa sätt.

Samarbetet mellan olika yrkesgrupper fördjupas

Exempel En skötares dag kan bestå av bedömningar av vårdbehov som hör till det egna teamet, mottagningsarbete, teamtid, periodiska undersökningar eller livsstilshandledning (figur 6).

LÄKARE		Modeller för yrkespersoner arbetslistor kan med fördel synkroniseras, så att t.ex. alla har teamtid samtidigt.	SS / HV	
8:00	TSTO		8:00	HTA
9:00	Tauko	9:00	Tauko	
9:15	LVO x 2	9:15	HTA	
10:15	SUBL x 2	10:30	SHVO x 3	
10:55	PUHVAL x 3	11:30	Tauko	
11:30	Tauko	12:00	TIIMIAIKA	
12:00	TIIMIAIKA	12:45	HTA	
12:45	LVO x 1	13:20	SHVO x 2	
13:15	KONS	14:00	TSTO	
14:15	TSTO	14:15	MÄÄRÄAIKAIKONTR.	
14:15	SUBL x 2	15:15	SHVO x 1	
15:10	TSTO	15:35	TSTO	



Bild 6. Exempel på mall för arbetslista för läkare och sjukskötare / hälsovårdare

2.3 Sjukskötare / hälsovårdare (nedan skötare)

Patienten hänvisas till samma skötare alltid när det är möjligt. Vid behov hänvisas patienten till andra skötare inom egeteamet. Skötaren är den primära kontakten vid icke-brådskande ärenden och skötaren bedömer vårdbehovet. Skötaren har ett nära samarbete med läkarna och andra yrkespersoner i sitt team. Vid icke-brådskande vårdbehov ger skötaren självständigt vård till patienterna på sin mottagning samt handleder dem, ger råd och följer upp vården enligt vårdplanen.

Skötaren kan också informera patienten om resultaten av överenskomna laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar enligt områdets anvisningar och vid behov konsultera teamets läkare. Dessutom gör skötaren vårdplaner i samarbete med andra yrkespersoner och ger fungerar som konsult till andra yrkespersoner.

Exempel Skötaren kan informera patienten om resultaten av laboratorieundersökningar, förutsatt att de inte kräver dg.

2.4 Övrig yrkespersoner i teamet

Teamen samarbetar enligt patientens behov och enligt överenskommen praxis med till exempel områdets närvårdare, fysioterapeuter, sjukskötare inom mentalvårds- och missbrukartjänsterna samt yrkespersoner inom socialservicen.

Exempel

En patient kan hänvisas från teamet till socialservicen eller till tjänster för äldre: [Soihtu-teamen](#) och [Tjänster för äldre](#).

2.5 Teamets verksamhet

Teamet skapar egna arbetssätt inom områdets ramar för att säkerställa ett smidigt samarbete inom teamet. Teamet kommer till exempel överens om hur konsultationer sköts inom teamet, hur patienternas vård planeras och hur gemensamma mottagningar ordnas. Målet är att ge kvalitativ vård, men också att stärka samarbetet, utveckla arbetsformerna och dela information mellan yrkespersoner. På det här sättet kan överlappande arbete undvikas och patienternas vårdprocesser och yrkespersonernas arbete göras smidigare.

Exempel

I S:t Karins har man kommit överens om regelbunden teamtid då teamet bland annat kan behandla multiprofessionella konsultationer.

Exempel

Det finns också en nationell modell som innebär 15 minuters teamtid både på morgonen och eftermiddagen för att kort gå igenom aktuella frågor.



Teamet utformar sina egna arbetsformer i enlighet med områdets ramar

Exempel

Möte med andra yrkesgrupper (såsom Topa och Miepä) ordas vid behov för att förankra verksamheten och öka samarbetet.

Exempel

Avdelningsfarmaci utnyttjas när läkemedelsbehandlingar utvärderas och planeras.

Varhas ramar

- Teamet kan själv komma överens om förfarandet vid konsultationer och om sina arbetsformer i enlighet med områdets ramar
- Flexibel konsultationspraxis, [anvisningsvideo](#)
- Samarbete görs inom Varha samt med tredje sektorn och kommunerna

Områdets uppgift är att se till

- Områdets ramar för teamets verksamhet
- Flexibla konsultationer och arbetsmetoder inom teamen
 - Brådskande: konsultationsläkare
 - Icke-brådskande: egenteamet
- Överenskomna samarbetsmodeller inom Varha samt med tredje sektorn och kommunerna

3. Bedömning av vårdbehov (HTA)

Vid bedömning av vårdbehovet beaktas patientens tidigare besök, dokumenteringar och en eventuell vårdplan. Patientens ärende behandlas alltid under den första kontakten när det är möjligt. Bedömning av vårdbehovet innebär inte endast tidsbokning, utan yrkespersonen bedömer också behovet av nödvändiga vidare kontakter och/eller konsulterar samt informerar patienten om den fortsatta planen. När vårdbehovet bedöms utnyttjas befintliga anvisningar för Varhas och tredje sektorns tjänster samt egenvårdsprogram. I fortsättningen bedöms vårdbehovet också via en chatttjänst, i regel av den centraliserade produktionen av distanstjänster. För att kunna säkerställa kontinuiteten i vården är det också i dessa fall viktigt att teamen har tydliga och fastställda förfaringsätt.



Varhas ramar

- Alla yrkespersoner genomför [HTA-webbkursen](#) och följer [sohä-centraltjänsternas anvisningar för bedömning av vårdbehov](#)
- Det är i första hand egenteamet som bedömer vårdbehovet
- Patientens ärende behandlas alltid under den första kontakten när det är möjligt
 - Vårdbehovet bedöms mångprofessionellt vid behov
 - Vårdplanen beaktas vid bedömningen av vårdbehovet
 - Tredje sektorns tjänster utnyttjas och kunderna hänvisas till egenvårdsprogram

Områdets uppgift är att se till

- Datum för när alla har genomfört HTA-webbkursen
- Att bedömningen av vårdbehovet ingår i introduktionen
- Hur man får kontakt med egenteamet
 - En modell som lämpar sig för telefonsystemet
 - Vid behov bokas telefontid till egenteamet
- Att patientens vård inleds vid den första kontakten
 - Att vårdplanerna beaktas
 - Praxis för hur kunden hänvisas till tredje sektorns tjänster eller egenvårdsprogram

4. Vårdplan

En vårdplan utarbetas för patienter som har flera sjukdomar, långvariga hälsoproblem eller vars vård kräver planmässighet. En vårdplan utarbetas också för en patient som behöver vårdmaterial. Syftet med vårdplanen är att säkerställa att patienten får individuell, behovsenlig och planmässig vård. Vårdplanen utarbetas mångprofessionellt av patientens egenteam. Det är viktigt att patienten deltar i utarbetandet av vårdplanen för att vården ska lyckas.

En patient som vet vad vården innebär och hur hen ska agera blir mer engagerad i sin vård

En vårdplan görs när:

1. Patienten använder många tjänster
2. Patientens sjukdom/hälsotillstånd kräver övervakning, behandling eller rehabilitering
3. Patientens akuta besvär kräver undersökning eller behandling av olika yrkesgrupper
4. Patienten behöver vårdmaterial
5. Patienten vill ha en vårdplan

Varhas ramar

- Vårdplanen utarbetas för alla som har behov av en sådan
- Vårdplanen dokumenteras i fliken HOITOS
- Vårdplanen utarbetas av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, i första hand av en medlem i egeteamet
- Patientens / de anhörigas medverkan beaktas
- Yrkespersonerna genomför webbkursen [Hoitosuunnitelma ja hoidon linjaukset på Duodecims Oppiportti](#)

Områdets uppgift är att se till

- Att vårdplanerna används
 - Att vårdplanerna dokumenteras i fliken HOITOS
 - Att teamen fastställer hur vårdplanerna ska utarbetas
- Att patienten / de anhöriga involveras när vårdplanen utarbetas
- Datum för när alla har genomfört webbkursen Hoitosuunnitelma ja hoidon linjaukset

5. Vård i eget team

Patienten hänvisas alltid i första hand till egeteamet. Patientens ärende behandlas under ett besök och vården inleds vid den första kontakten när det är möjligt. På så sätt framskrider patientens vård smidigt och onödiga kontakter och besök minskar.

Exempel

Om en patient som besöker en diabetesskötares mottagning ska få en Cohemin-injektion om några dagar, ger diabetesskötaren injektionen i samband med besöket.

Tidsbundna undersökningar görs av den i teamet vars kompetens bäst motsvarar patientens behov. Undersökningarna följer en enhetlig process. När patientens vård kräver samarbete inom olika områden, ordnas en gemensam eller mångprofessionell mottagning. Elektroniska tjänster används, såsom digitala vårdvägar, distansmottagningar, coachningar, egenvårdsprogram och Varha-applikationen.

Exempel

I Nådendal har alla en tid i veckan för mångprofessionell mottagning. Om den mångprofessionella mottagningen inte har sammankallats en vecka i förväg kan tiden frigöras för annat arbete.

Brådskande vård ges på social- och hälsocentralernas brådskande mottagningar eller på ÅUCS Akuten. Yrkespersonerna på den brådskande mottagningen är inte nödvändigtvis den samma som i patientens egeteam. Även i dessa situationer är det viktigt att säkerställa kontinuiteten i vården genom att eventuell fortsatt vård ges av egeteamet.



***Patientens ärende
behandlas under ett
besök och vården inleds
vid den första kontakten
när det är möjligt***

Varhas ramar

- Patienten hänvisas alltid till samma yrkesperson när det är möjligt
- Patienten "fångas upp" vid första kontakten
- De tidsbundna undersökningarna följer en enhetlig process
- Gemensamma mottagningar utnyttjas
- Den brådskande vården struktureras tydligt
- Vården fortsätter i egeteamet efter den brådskande vården

Områdets uppgift är att se till

- Praxis för hur patienten hänvisas till samma yrkesperson
 - Att vården fortsätter i egeteamet efter den brådskande vården
- Anvisningarna för strukturering av brådskande vårdbehov
- Att patientens vård inleds vid den första kontakten
- Att processer för tidsbundna undersökningar tillämpas
- Praxis för gemensamma mottagningar

6. Uppföljning och utvärdering

Kontinuiteten i vården följs upp med COC-indexet. Indexet mäter hur ofta patienten under en viss tidsperiod besöker samma läkare eller sjukskötare / hälsovårdare inom öppenvården i förhållande till alla icke-brådskande besök. Ju högre COC-index (skala 0-1), desto bättre är kontinuiteten i vården för patienten.

Avohilmo-registret: uppgifterna överförs från patientdatasystemet till Avohilmo på basis av yrkespersonernas statistikföring. Dessutom följs tillgången till vård upp med T3-indikatorn, som anger väntetiden i kalenderdagar till den tredje lediga icke-brådskande mottagningstiden (läkare och sjukskötare / hälsovårdare).

Yrkespersoners statistikföring har en stor betydelse för uppföljningen av tillgången till vård

Egeteam-modellen stöder kontinuiteten i vården



Varhas ramar

- Mätning av kontinuiteten i vården (COC-index) och årlig rapportering
- Uppföljning av tillgången till vård (Avohilmo och T3) och rapportering 1–2 gånger per månad

Områdets uppgift är att se till

- Uppföljningen av resultaten för COC-indexet och genomförandet av nödvändiga åtgärder
- Beräkningen av T3-tiden från patientdatasystemet separat för olika yrkesgrupper
- Uppföljningen av andra indikatorer som används i området



7.a Bilagor, sammanfattning av uppgifter som ska säkerställas

Varhas ramar

Områdets uppgift är att se till

Egenteam

- Befolkningsstorleken är 5 000–8 000 personer / team
- Hela befolkningen delas in per team, men befintliga vårdrelationer avbryts inte
 - Uppdelningen sker enligt hemadress eller första bokstaven i efternamnet
- I varje egenteam ingår 5–12 yrkespersoner
- Yrkespersonerna utses till egenteamen så att den yrkesmässiga kunskapen är lika i alla team
 - Specialkompetens utnyttjas över teamgränserna

- Hur befolkningen delas upp
 - Adress eller efternamn
- När befolkningen ska vara indelad per team
- Hur och när delas yrkespersonerna in per team
 - Delas befolkningen även till YEK-läkare
- Hur utnyttjas specialkompetens i alla team
- Hur och med vilka indikatorer bedöms teamarbetet

Teamets uppgifter, verksamhet och yrkespersoner

- Teamet kan själv komma överens om förfarandet vid konsultationer och om sina arbetsformer i enlighet med områdets ramar
- Flexibel konsultationspraxis, [anvisningsvideo](#)
- Samarbete görs inom Varha samt med tredje sektorn och kommunerna

- Områdets ramar för teamets verksamhet
- Flexibla konsultationer och arbetsmetoder inom teamen
 - Brådskande: konsultationsläkare
 - Icke-brådskande: egenteamet
- Överenskomna samarbetsmodeller inom Varha samt med tredje sektorn och kommunerna

Bedömning av vårdbehov (HTA)

- Alla yrkespersoner genomför [HTA-webbkursen](#) och följer [sohä-centraltjänsternas anvisningar för bedömning av vårdbehov](#)
- Det är i första hand egenteamet som bedömer vårdbehovet
- Patientens ärende behandlas alltid under den första kontakten när det är möjligt
 - Vårdbehovet bedöms mångprofessionellt vid behov
 - Vårdplanen beaktas vid bedömningen av vårdbehovet
 - Tredje sektorns tjänster utnyttjas och kunderna hänvisas till egenvårdsprogram

- Datum för när alla har genomfört HTA-webbkursen
- Att bedömningen av vårdbehovet ingår i introduktionen
- Hur man får kontakt med egenteamet
 - En modell som lämpar sig för telefonsystemet
 - Vid behov bokas telefontid till egenteamet
- Att patientens vård inleds vid den första kontakten
 - Att vårdplanerna beaktas
 - Praxis för hur kunden hänvisas till tredje sektorns tjänster eller egenvårdsprogram

Vårdplan

- Vårdplanen utarbetas för alla som har behov av en sådan
- Vårdplanen dokumenteras i filiken HOITOS
- Vårdplanen utarbetas av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, i första hand av en medlem i egenteamet
- Patientens / de anhörigas medverkan beaktas
- Yrkespersonerna genomför webbkursen [Hoitosuunnitelma ja hoidon linjaukset på Duodecims Oppiportti](#)

- Att vårdplanerna används
 - Att vårdplanerna dokumenteras i filiken HOITOS
 - Att teamen fastställer hur vårdplanerna ska utarbetas
- Att patienten / de anhöriga involveras när vårdplanen utarbetas
- Datum för när alla har genomfört webbkursen Hoitosuunnitelma ja hoidon linjaukset

Vård i eget team

- Patienten hänvisas alltid till samma yrkesperson när det är möjligt
- Patienten "fångas upp" vid första kontakten
- De tidsbundna undersökningarna följer en enhetlig process
- Gemensamma mottagningar utnyttjas
- Den brådskande vården struktureras tydligt
- Vården fortsätter i egenteamet efter den brådskande vården

- Praxis för hur patienten hänvisas till samma yrkesperson
 - Att vården fortsätter i egenteamet efter den brådskande vården
- Anvisningarna för strukturering av brådskande vårdbehov
- Att patientens vård inleds vid den första kontakten
- Att processer för tidsbundna undersökningar tillämpas
- Praxis för gemensamma mottagningar

Uppföljning och utvärdering

- Mätning av kontinuiteten i vården (COC-index) och årlig rapportering
- Uppföljning av tillgången till vård (Avohilmo och T3) och rapportering 1–2 gånger per månad

- Uppföljningen av resultaten för COC-indexet och genomförandet av nödvändiga åtgärder
- Beräkningen av T3-tiden från patientdatasystemet separat för olika yrkesgrupper
- Uppföljningen av andra indikatorer som används i området



Sammanfattning av uppgifter som ska säkerställas

Områdets uppgift är att se till

Plan

Egenteam

- Hur befolkningen delas upp
 - Adress eller efternamn
- När befolkningen ska vara indelad per team
- Hur och när delas yrkespersonerna in per team
 - Delas befolkningen även till YEK-läkare
- Hur utnyttjas specialkompetens i alla team
- Hur och med vilka indikatorer bedöms teamarbetet

Praxis:

Ansvarsperson:

Tidsschema:

Teamets uppgifter, verksamhet och yrkespersoner

- Områdets ramar för teamets verksamhet
- Flexibla konsultationer och arbetsmetoder inom teamen
 - Brådskande: konsultationsläkare
 - Icke-brådskande: egeteamet
- Överenskomna samarbetsmodeller inom Varha samt med tredje sektorn och kommunerna

Praxis:

Ansvarsperson:

Tidsschema:

Bedömning av vårdbehov (HTA)

- Datum för när alla har genomfört HTA-webbkursen
- Att bedömningen av vårdbehovet ingår i introduktionen
- Hur man får kontakt med egeteamet
 - En modell som lämpar sig för telefonsystemet
 - Vid behov bokas telefontid till egeteamet
- Att patientens vård inleds vid den första kontakten
 - Att vårdplanerna beaktas
 - Praxis för hur kunden hänvisas till tredje sektorns tjänster eller egenvårdsprogram

Praxis:

Ansvarsperson:

Tidsschema:

Vårdplan

- Att vårdplanerna används
 - Att vårdplanerna dokumenteras i fliken HOITOS
 - Att teamen fastställer hur vårdplanerna ska utarbetas
- Att patienten / de anhöriga involveras när vårdplanen utarbetas
- Datum för när alla har genomfört webbkursen Hoitosuunnitelma ja hoidon linjaukset

Praxis:

Ansvarsperson:

Tidsschema:

Vård i eget team

- Praxis för hur patienten hänvisas till samma yrkesperson
 - Att vården fortsätter i egeteamet efter den brådskande vården
- Anvisningarna för strukturering av brådskande vårdbehov
- Att patientens vård inleds vid den första kontakten
- Att processer för tidsbundna undersökningar tillämpas
- Praxis för gemensamma mottagningar

Praxis:

Ansvarsperson:

Tidsschema:

Uppföljning och utvärdering

- Uppföljningen av resultaten för COC-indexet och genomförandet av nödvändiga åtgärder
- Beräkningen av T3-tiden från patientdatasystemet separat för olika yrkesgrupper
- Uppföljningen av andra indikatorer som används i området

Praxis:

Ansvarsperson:

Tidsschema: