

Vårdplan

Syfte

Syftet med vårdplanen är dels att klargöra överenskommelsen om vård mellan patienten, hans familj och mottagningens personal, dels ett verktyg för att följa och dokumentera vården på ett sätt som skapar överblick och ökar kontinuitet och patientsäkerhet. För tekniska instruktioner och exempel på innehåll, se [Lathund](#).

Arbetsbeskrivning

Allmänt

- I Alla patienter som erhåller fördjupad behandling eller utredning ska ha en vårdplan i "Fri aktivitet" i Melior,
- I vårdplanen ska det finnas en problembeskrivning, lämpligen motsvarande bedömningen i nybesöket, med vårdhistorik, diagnostik och rekommenderade insatser samt mål, delmål, delaktighet och planerade åtgärder.
- Vårdplanen sammanställer samtliga insatser på kliniken och beskrivs därför på en kortfattad övergripande nivå. Detaljerade behandlingsplaner för till exempel psykoterapi eller medicinering skrivs inte i vårdplan men kan med fördel hänvisas till med datum för den journalanteckning där planen finns skriven.

Upprättande

Delaktighet

- Graden av delaktighet från vårdnadshavare eller omsorgspersoner ska anpassas utifrån patientens ålder och mognad. Föräldradelaktigheten är högre för yngre barn.

Fast vårdkontakt

- Fast vårdkontakt upprättas om patienten begär detta eller om verksamheten bedömer att detta behövs för att tillgodose hens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.
- Vid inläggning i slutenvård utses en fast vårdkontakt på BUP akutmottagning NU. Informationen skrivs in i patientens vårdplan i öppenvården.
- Efter slutenvård följs patienten upp på BUP akutmottagning NU och har kvar sin fasta vårdkontakt.
- BUP akutmottagning NU för över patienten via uppdraglistan till öppenvården som utser en fast vårdkontakt.

Kontakt via BUP akutmottagning NU

- Om patient kommer in via BUP akutmottagning NU upprättas ordinarie vårdplan vid uppföljande besök i öppenvården.
- Om patient kommer in via BUP akutmottagning NU och det finns behov av uppföljning eller intensiva insatser via BUP akutmottagning NU ska preliminär vårdplan upprättas med patient och vårdnadshavare vid akutbesök och färdigställas vid behandlingskonferens.
- Om patienten erhåller dagvård på BUP akutmottagning NU ska aktuell vårdplan revideras. Saknas en vårdplan ska en sådan upprättas.

Ny öppenvårdskontakt

- Preliminär vårdplan upprättas av behandlare i samråd med patient och vårdnadshavare vid nybesök och färdigställs vid behandlingskonferens.

Pågående öppenvårdskontakt

- När behandlare går in i ett pågående ärende börjar hen med att se över att det finns en vårdplan, att den är uppdaterad och stämmer med det uppdrag behandlaren har fått samt med familjens förväntningar.
- Om det inte finns vårdplan upprättas en sådan.
- Om en ny vårdplan formuleras i ett pågående ärende ska vården på mottagningen så långt sammanfattas kortfattat i den inledande problembeskrivningen.
- Vid revidering av vårdplan ska denna alltid lyftas på behandlingskonferens.
- Upprättad vårdplan skickas hem till familjen. Om förslag till ändringar har gjorts under behandlingskonferens kontaktas familjen för förnyat samtycke.

Uppföljning

- Vårdplanen är utgångspunkt för all samverkan med och runt patienten. Den ska alltid öppnas på behandlingskonferens och helst så att alla närvarande kan se den och följa ändringar som görs (t. ex via storbildsskärm).
- Mål och delmål ska vara styrande för när och hur utvärdering görs. Utvärdering görs i relation till uppsatta mål och delmål. Vid utvärdering ska man kunna svara på om planerade insatser genomförts samt om och i vilken grad uppsatta mål och delmål nåtts.
- Vårdplanen ska uppdateras efter avslutade insatser, under pågående behandling ca var 10:e vecka och vid förändrad inriktning på vården, till exempel byte av metod, tillägg av läkemedel, komplettering med föräldrastöd.
- Utvärdering av vårdplan ska alltid göras efter akutbesök och inläggning. Mindre ändringar av till exempel medicin eller fokus för samtal behöver inte föras in.

- Uppföljning och nya beslut dokumenteras med datum under sökord "Utvärdering av vårdplan".
- Vid ytterligare uppföljning görs dubblett på "Utvärdering av vårdplan" och daterad anteckning enligt ovan.
- Inga borttagningar görs i den ursprungliga texten men tillägg kan göras om de dateras, till exempel nya mål, upprättad samverkan med mera.
- När en vårdplan med uppdateringar bedöms inaktuell eller svårhanterligt lång samt vid tydlig ändring av inriktning på vården upprättas en ny, där vården så långt sammanfattas kortfattat. Den gamla vårdplanen avslutas, men med tydlig hänvisning med datum till den nya. Den gamla vårdplanen flyttas från "Fri aktivitet" till det pågående vårdtillfället.

Ätstörningsenheten

- Ätstörningsenheten dokumenterar i befintlig vårdplan om sådan finns under Utvärdering av vårdplan. Mål och delmål kan också fyllas på med datum för tydlighetens skull.
- Vid nybesök som går direkt vidare till ätstörningsenheten fylls "Problemformulering" i av bedömaren men mål och åtgärder lämnas tomma för ätstörningsenheten att fylla på.
- Vid överförande från Ätstörningsenheten till ordinarie BUP-mottagning för fortsatta insatser görs bedömning av vilka insatser som behövs på den ordinarie mottagningen. Vid parallella insatser specificeras i mål, delmål och planerade åtgärder vilken mottagning som gör vad. Lämpligtvis görs detta vid en gemensam konferens, mottagningarna emellan. I utvärderingar tydliggörs vilken mottagning som gör utvärderingen.

Slutenvården

Vid inskrivning i slutenvård upprättas en separat vårdplan av BUP Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) som kontaktar BUP akutmottagning NU. Vid behov upprättar eller reviderar BUP akutmottagning NU en separat vårdplan för öppenvård.

Övrig dokumentation

- Konferensanteckning skrivs under behandlingskonferens men där som regel med enbart deltagare och vem som lyfter ärendet, samt under Bedömning: ”Se vårdplansuppdatering med dagens datum”. Detta kan göras av teamsekreterare eftersom det inte kräver något professionsspecifikt skrivande.
- Om det som lyfts inte är relevant för vårdplan skrivs informationen enbart i konferensanteckningen, t. ex: ”Beslutas att familjen kontaktas av sjuksköterska”. På så sätt blir det ingen dubbeldokumentation

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Barn- och ungdomspsykiatri

Innehållsansvar: Vilmar Sovio Cederblad, (vilce1),
Vårdenhetschef

Granskad av: Maria Carlsson, (marca81), Psykolog
specialistfunktion, Ilona Ahlstrand, (iloah1), Vårdenhetschef

Godkänd av: Emma Utter Eckerdal, (emmut1), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10094-2020762173-56

Version: 7.0

Giltig från: 2026-03-30

Giltig till: 2028-03-30