

Lokal överenskommelse för samverkan vid in- och utskrivning från Södertälje sjukhus

Gäller från och med 2017-06-15 och fram till att en ny regional överenskommelse för Stockholms län föreskriver nya arbetssätt



Förord

Detta är en lokal överenskommelse som riktar sig till dig som arbetar vid Södertälje sjukhus, i Södertälje kommun och i primärvården inom Södertäljes kommunområde. Dokumentet kan också till stora delar användas av dig som arbetar vid vård- och omsorgsenheter i andra kommuner vid utskrivning från Södertälje sjukhus. Det gäller framför allt kommunerna Nykvarn, Salem och Botkyrka.

Den lokala överenskommelsen är ett komplement till Stockholms läns regionala överenskommelse om samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården, och förtydligar vissa delar av överenskommelsen. Här finns också förklaringar av vissa begrepp som kan tolkas på olika sätt.

När en person ska skrivas ut från slutenvården behöver kommunens biståndshandläggare/vårdplanerare, sjukhusets vårdsamordnare och primärvårdens distriktssköterskor samverka och planera tillsammans. Därför är den lokala överenskommelsen gemensam för alla involverade verksamheter. Förhoppningen är att den ska användas för att underlätta arbetet med att säkerställa en trygg och säker utskrivning.

Uppdraget att förtydliga delar av den regionala överenskommelsen har beslutats av en samverkansgrupp i Södertälje-Salem-Nykvarn (Mötesplats för lokal samverkan). En arbetsgrupp med representanter från kommunen, sjukhuset och primärvården i Södertälje har tagit fram dokumentet, som sedan godkänts av en styrgrupp. Nestor FoU-center har fungerat som processtödare i arbetet.

En ny lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård träder i kraft 1 januari 2018. Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län kommer därför att ta fram en ny regional överenskommelse, samt nya regionala riktlinjer och rutiner. När dessa finns tillgängliga upphör denna lokala överenskommelse att gälla. Beslut om detta fattas av projektets styrgrupp. Den ersätts vid behov av en ny lokal överenskommelse.

För mer information och frågor, kontakta någon av följande personer:

Pernilla Andreasson, bitr. resultatombudsman, Södertälje kommun, pernilla.andreasson@sodertalje.se
Karin Hanaeus, tf verksamhetschef VO Vård, Södertälje sjukhus, karin.hanaeus@sodertaljesjukhus.se
Peter Johnson, överläkare, Södertälje sjukhus, peter.johnson@sodertaljesjukhus.se
Emily Häller, verksamhetschef, Luna vårdcentral, emily.haller@sll.se

Frågor till Nestor, vänd er till:

Ingeborg Björkman, projektledare, Nestor, ingeborg.bjorkman@nestorfou.se
Helén Lieberman-Ram, projektledare, Nestor, helen.lieberman-ram@nestorfou.se

Innehåll

Samverkan vid in- och utskrivning av patient.....	4
Förklaring av vissa begrepp.....	4
Informationsöverföring – Webcare.....	5
Samverkansprocessen	5
När personen kommer till sjukhuset.....	7
Integritet, samtycke och sekretess	7
Information om person boende i särskilt boende för äldre som söker kontakt med slutenvård och akutmottagning.....	7
Inskrivningsmeddelande	7
Vårdplaneringsmöte och vårdplanen	9
Kallelse till och medverkande i samordnad vårdplanering	9
Vårdplan och justering av vårdplan	9
Utskrivning	10
Utskrivningsklar	10
Utskrivningsmeddelande	11
Läkemedel.....	11
Checklistor	12
1. Checklista – Vilken info kan vara aktuell att delas under VP-mötet.....	12
2. Några tips för god användning av Webcare	14

Samverkan vid in- och utskrivning av patient

När en patient behöver stöd i form av vård och omsorg efter sjukhusvistelse, är det viktigt att personalen planerar och samverkar för en trygg och säker hemgång för patienten. Det här dokumentet har tagits fram för att underlätta samverkan vid en patients utskrivning från Södertälje sjukhus.

Inledningsvis kommenteras några begrepp som ofta förekommer i samband med in- och utskrivning av patienter, samt det kommunikationsverktyg som verksamheterna använder. Därefter finns en kort beskrivning av samverkansprocessen och en schematisk illustration över hur personal vid sjukhuset, kommunen och primärvården samverkar kring patienten. Påföljande sidor går igenom de olika stegen i in- och utskrivningen och förtydligar valda delar, och de sista sidorna visar en checklista för vårdplaneringsmötet samt en lista med tips för god Webcare-användning.

Förklaring av vissa begrepp

- **SOVP** är en förkortning som står för samordnad vårdplan.
- Med **omsorg** menas kommunens insatser som direkt involverar personen. Exempel på omsorg är att hjälpa personen att ta sig i/ur säng, att förflytta sig, gå på toaletten, på/avklädning, hygien (daglig), äta/dricka.
- Med **serviceinsatser** menas kommunens stöd och service, t.ex. att hämta läkemedel, inköp, tvätt, sköta post och betala räkningar.
- **Färdtjänst** utreds av kommunen men beviljas av Färdtjänstnämnden inom landstinget, det är ingen kommunal insats.
- **Menprövning** innebär att uppgifter om en person endast får lämnas ut om det står klart att uppgifterna kan röjas utan att personen eller någon närstående lider men.
- **Omvårdnad** tillhör sjuksköterskans ansvars- och arbetsområde. Omvårdnadsinsatser utförs av sjuksköterska men kan också delegeras till en undersköterska.
- **Egenvård** innebär att en person själv kan ansvara för vissa hälso- och sjukvårdsåtgärder, exempelvis att ta sina läkemedel eller att använda medicinskt utprovade stödstrumpor.
 - Ibland behöver personen hjälp av närstående eller socialtjänst att utföra egenvård. För att få hjälp av socialtjänsten måste personen ansöka om ”**Egenvård med praktisk hjälp**”
 - För att socialtjänsten ska bevilja ”Egenvård med praktisk hjälp” krävs egenvårdsintyg. Egenvårdsintyget skickas till kommunen i samband med ansökan.
 - Egenvårdsintyget skrivs ut av i primärvården och ska utfärdas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal exempelvis läkare, distriktssköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut.
 - Egenvårdsintyg visar att den som skrivit under intyget har bedömt att personen själv kan ta ansvar för de åtgärder som intyget gäller.

Informationsöverföring – Webcare

- I dagsläget finns Webcare som är det kommunikationsverktyg som kan användas av alla tre parter, slutenvård, kommun och vårdcentraler, vid in- och utskrivning i slutenvården. Primärvårdsrehab och särskilt boende har inte tillgång till Webcare och kommunikation måste ske på andra sätt.
- Webcare har vissa brister och kommer på sikt att bytas ut, men kommunikationen fungerar om systemet används fullt ut av alla parter. Genom att använda funktionerna i Webcare på ett optimalt sätt så ökar möjligheterna till ett säkert omhändertagande genom samordning kring personer som har behov av vård och omsorg efter utskrivning.
- Tips för god användning av Webcare, se sidan 14.

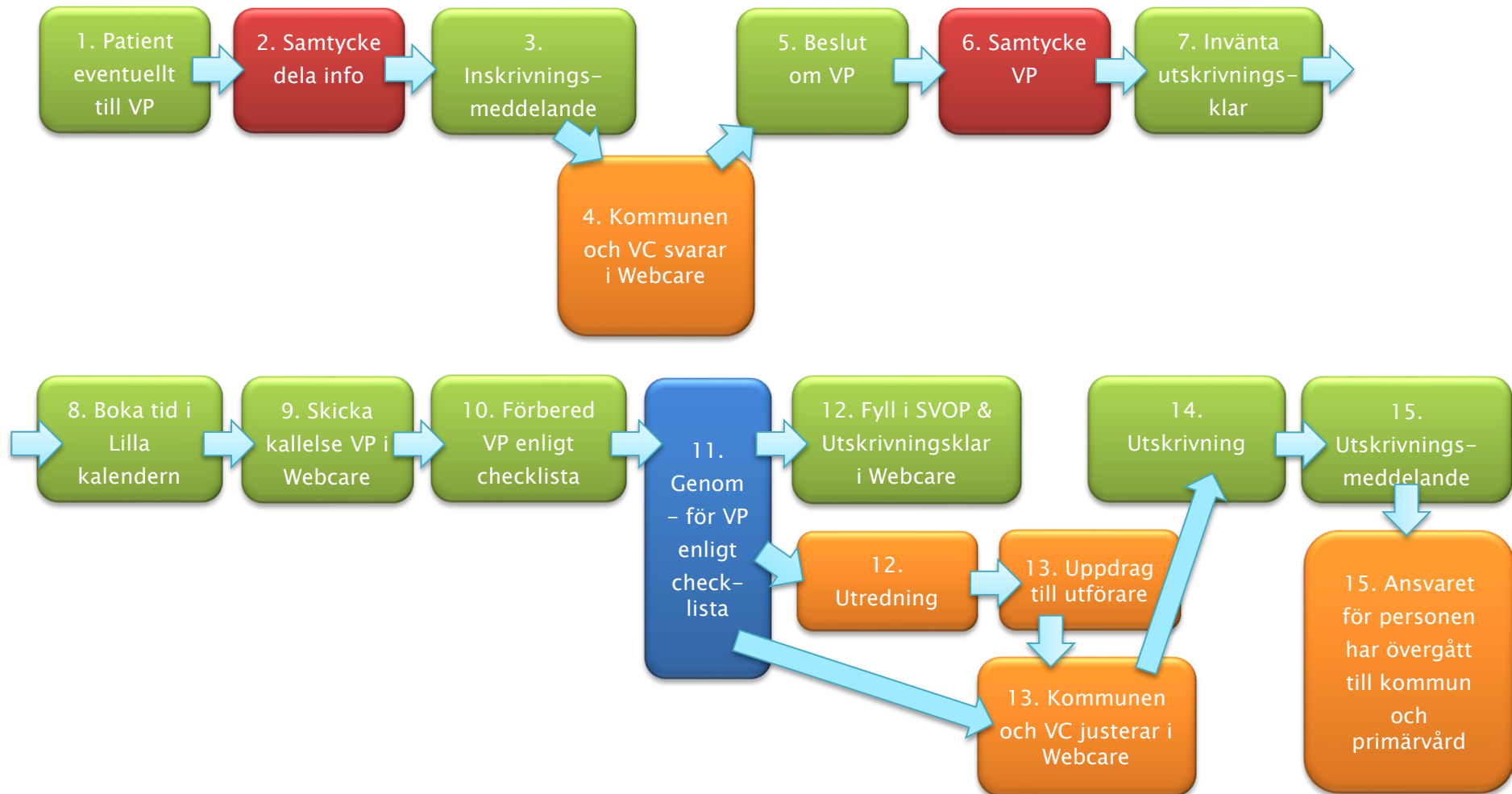
Samverkansprocessen

Samverkansprocessen vid in- och utskrivning av en patient startar med att sjukhuset skriver in en patient som eventuellt behöver en vårdplanering innan utskrivning. I två moment tillfrågas patienten om samtycke, dels att få dela information med kommunen och primärvården, och dels om att delta i en vårdplanering. När kommunen och primärvården får inskrivningsmeddelandet via Webcare så svarar de och lämnar information om eventuell befintlig vård och omsorg om patienten. Aktörerna fortsätter att hålla kontakten via Webcare. Processen slutar med att patienten är utskriven och att ansvaret för eventuell fortsatt vård och omsorg har tagits över av kommunen och primärvården.

På nästa sida visas en figur som schematiskt illustrerar hur samverkansprocessen ser ut. Figuren består av rutor som visar de olika momenten i processen. Grön eller röd ruta är moment som utförs på sjukhuset, orange ruta är moment som utförs av kommunen eller primärvården och blå ruta (planeringsmötet) utförs av sjukhuset, kommunen och primärvården gemensamt.

Figur 1. Samverkan kring en patient som skrivs ut från Södertälje sjukhus.

Grön och röd ruta=moment som utförs på sjukhuset. Orange ruta=kommunens och vårdcentralens moment. Blå ruta=utförs gemensamt av sjukhuset, kommunen och eventuellt vårdcentral. VC=vårdcentral



När personen kommer till sjukhuset

Integritet, samtycke och sekretess

- Vid inskrivning tillfrågas personen om information får delas med kommunen och primärvården.
- Om det blir aktuellt med en vårdplanering ska personen tillfrågas om hen vill delta i ett vårdplaneringsmöte.
- Personen tillfrågas också om närstående ska delta på vårdplaneringen.
- Samtycke inhämtas muntligen.
- Personens självbestämmande väger tyngre än närståendes synpunkter.
- Om personens kognitiva tillstånd inte medgör att samtycke kan inhämtas kan menprövning göras, se Förklaring av vissa begrepp sidan 4.

Information om person boende i särskilt boende för äldre som söker kontakt med slutenvård och akutmottagning

- Ansvarig sjuksköterska på boendet skickar med information i ett kuvert eller mapp med aktuell läkemedelslista och ett meddelandeblad.
- Sjukhuset ringer till boendet när det är dags för utskrivning och personen ska komma tillbaka. Ett skriftligt meddelande ska följa med personen med information om vad som gjorts på sjukhuset.

Inskrivningsmeddelande

- Inskrivningsmeddelandet skrivs i Webcare för att kommunen och vårdcentralerna ska få information om att en person blivit inskriven på sjukhuset.
- Inskrivningsmeddelande skrivs för alla personer som sjukhuset bedömer behöver en vårdplanering eller där sjukhuset behöver få information om pågående insatser från kommunen och primärvården.
- Om sjukhuset känner till personen sedan tidigare och har uppmärksammat att personen ofta tackat nej till vårdplanering bör kommunen meddelas detta, förutsatt att samtycke till att dela information finns. Detta skrivs i tilläggsanteckningarna i Webcare.
- När sjukhuset skriver inskrivningsmeddelandet i Webcare så startas en arbetsprocess hos kommunens biståndshandläggare och primärvårdens distrikts/sjuksköterskor.
- Kommunen svarar på meddelandet i Webcare:
 - Om personen har pågående insatser från kommunen, bocka i rutan ”känd av kommunen” samt skriv eller kopiera vilka insatser personen är beviljad. Ange i inskrivningsmeddelandet vilken hemtjänst personen har samt telefonnummer till hemtjänsten.

- Om personen inte är känd bockas ingen ruta i, skriv i rutan för kommunens kommentarer att personen inte är känd av kommunen. Ange telefonnummer till handläggare respektive till Kontaktcenter tel. 08-5230 1000 (Södertälje). Om personen bor i kommunens äldreboenden, bocka i rutan ”särskild boende”.
- Om personen har LSS-insatser så anges detta och inskrivningen lämnas för kännedom till en LSS-gruppchef (Södertälje).
- Har personen haft insatser från kommunen men har avslutat dessa helt eller har tidigare tackat nej till insatser, skriv en anteckning ” har inga pågående insatser”. Ange även datum för när personen senast tackat nej eller av sagt sig insatser och eventuellt en kommentar om detta.
- Primärvården svarar på meddelandet på följande sätt:
 - Om personen har pågående insatser i hemmet från primärvården bockas ”känd av PV” i. Därefter skrivs namnet samt telefonnummer till ansvarig distriktssköterska. Kontakt nummer för personen skrivs in, det vill säga telefonnummer till vårdcentralen. Skriv också vilka insatser personen har och hur ofta hemsjukvården är hemma hos personen.
 - Om personen inte är känd bockas ingen ruta i, skriv ”ej känd av Hemsjukvården” i rutan ”primärvårdens kommentarer”. Kontakt nummer för personen skrivs in, det vill säga telefonnummer till vårdcentralen. Eventuellt skriv in telefonnummer till Äldremottagningen för personer 75+.
- Sjukhuset har nytta av den information som kommunen och primärvården lämnar om personen för att:
 - bättre förstå graden av behov hos personen
 - säkrare bedöma när det behövs en vårdplanering eller inte, till exempel:
 - personlig omsorg – vårdplanering behövs
 - om befintliga insatser är tillräckliga – vårdplanering behövs inte
 - serviceinsatser och larm – vårdplanering behövs inte
 - vid tveksamma fall om vårdplanering eller inte, använd chatten i Webcare
 - kunna planera för att göra vårdplaneringen på ett enklare sätt, till exempel via videolänk eller telefon
 - kunna föra ett bättre samtal med personer som tidigare tackat nej till insatser

Vårdplaneringsmöte och vårdplanen

Kallelse till och medverkande i samordnad vårdplanering

- Kommunen ska ha mottagit kallelse till en vårdplanering senast klockan 16.00 vardagen innan vårdplaneringen ska äga rum. Den dag kallelsen mottagits, innan klockan 16.00, räknas som dag 0. Har kallelsen tagits emot efter klockan 16.00 räknas nästkommande dag som dag 0. Dag 1: Vårdplaneringsmöte, kommunens utredning startar. Dag 4: Senaste dag att skicka uppdrag till utförare samt justera SOVP, detta bör helst ske på förmiddagen för att förenkla den vidare planeringen av personens hemgång. Dag 5: Personen skrivs ut till hemmet med hemtjänst. Vid beslut om korttidsboende skrivs personen ut när plats finns på korttidsboende.
- Kallelse kan göras även om remiss finns skriven. Gäller remissen fortsatta slutenvårdsinsatser ska kallelse inte skickas.
- För Södertälje kommun gäller följande: Boka in vårdplanering med kommunen i "Lilla bokningskalendern".
 - Det finns mellan 4-8 tider per dag, alla vardagar, där man kan preliminärboka vårdplaneringsmöten.
 - Ange alltid vilken avdelning på sjukhuset som bokar tiden, om biståndshandläggaren behöver komma i kontakt med avdelningen innan mötet.
 - Tid måste alltid preliminärbokas, annars har man inte rätt att skicka kallelse.
 - Biståndshandläggarna är skyldiga att gå på alla vårdplaneringsmöten som har preliminärbokats i kalendern.
 - OBS viktigt att boka av preliminärbokade tider om vårdplaneringsmötet inte blir av – för att frigöra tider för andra att boka vårdplaneringar.
- Primärvården önskar att sjukhuset skriver in i chatten i Webcare tidpunkt för när vårdplaneringen är planerad, det ger primärvården större möjlighet att planera in att de ska medverka på mötet.
- Markera aktuell ADL-bedömning och skriv kommentarer i fälten, mer information ger bättre underlag inför vårdplaneringen. Ange exempelvis om patienten kan förflytta sig, sitter i rullstol, har synsvårigheter, om tolk är kallad och så vidare.

Vårdplan och justering av vårdplan

- Utgångspunkten för personer boende i Södertälje kommun är att de vid utskrivning i första hand ska få fortsatt vård och omsorg i hemmet. Det är så Södertälje kommun har planerat för att på bästa sätt ta hand om personer efter sjukhusvistelse. Patienten och deras närstående kan behöva information om vad kommunen kan erbjuda i form av omsorg efter sjukhusvistelse. Vid frågor från patient och närstående, hänvisa till biståndshandläggare i samband med vårdplaneringen.
- För att säkerställa personens fortsatta vård och omsorg behöver information föras över till kommunen och primärvården, se checklista sidorna 12-13.
- Om personen behöver hjälp med att gå till apoteket för att hämta ut läkemedel måste hen ansöka om hjälp med "ärenden". "Inköp" inkluderar inte att gå till apoteket.

- Efter avslutat vårdplaneringsmöte görs en avstämning mellan biståndshandläggaren och vårdsamordnaren eller den sjuksköterska som deltagit i vårdplaneringsmötet.
- Ofta gör sjukhusets rehab en bedömning genom att prata med personen om hemsituationen, de behöver inte göra ADL-bedömning eller hembesök. Sjukhusets rehab säkerställer att personen klarar sig hemma i 24 timmar efter utskrivning. Efter 24 timmar tar primärvårdsrehab över ansvaret och sköter då även bostadsanpassningen.
- Ibland kan biståndshandläggarna fatta beslut om insatser under vårdplaneringsmötet, men ibland behövs en längre utredningstid innan beslut kan fattas. Genom att skriva in beslutet i Webcare justeras SOVP och kommunen visar att de tar över ansvaret för de insatser som anges.
- Det medicinska ansvaret för en person lämnas över till primärvården genom att sjukhuset skriver in personens medicinska behov i Webcare. Primärvården tar del av informationen samt visar att de tar över ansvaret genom att justera i Webcare.
- Sjukhuset önskar att SOVP justeras på förmiddagen för att de ska kunna förbereda personens hemgång. Om patienten har dagliga insatser, görs detta genom att ta kontakt med primärvården och hemtjänsten. Biståndshandläggarna justerar vanligen på förmiddagen (vilket överensstämmer med sjukhusets önskemål) och skickar samtidigt beställningen till hemtjänsten. Hemtjänsten ska enligt avtal kunna starta upp inom 24 timmar från att beställningen är mottagen (Södertälje).

Utskrivning

Utskrivningsklar

- Den behandlande läkaren avgör om en person är utskrivningsklar, vilket innebär att personen inte längre är i behov av medicinsk vård i slutenvård. Vad personen har för stöd när hen kommer hem påverkar inte "utskrivningsklar".
- Informera även personen om vad "utskrivningsklar" betyder, det betyder att utskrivningen planeras men inte att hen ska åka hem omgående.
- Det kan finnas skäl till att ett beslut om "utskrivningsklar" dras tillbaka efter att kallelse till vårdplanering har skickats.
 - Hälsotillståndet kan ibland ändra sig snabbt, särskilt hos gamla sköra personer, och personen kan behöva stanna längre än planerat.
 - Det kan också vara det normala tillståndet för en person att hälsotillståndet förändras och då kan den personen ändå skrivas ut från sjukhuset.
 - Det kan också inträffa akuta saker som magsjuka eller benbrott som gör att personen behöver stanna längre.

Utskrivningsmeddelande

- Sjukhuset ska alltid skriva ett utskrivningsmeddelande i Webcare. Det är en bekräftelse på att patienten har skrivits ut.

Läkemedel

- Sjukhuset skriver recept för den fortsatta läkemedelsbehandlingen och bedömer om personen kan sköta sina läkemedel själv eller om hen behöver hjälp från primärvården med t.ex. apodos eller dosett.
- Behöver personen hjälp att ta läkemedlen kontaktar sjukhuset distriktssköterskan i primärvården genom att skriva i chatten i Webcare. Detta ska göras senast kl. 12 dagen innan hemgång.
- Om sjukhuset tar kontakt efter kl. 12 så skickar sjukhuset med läkemedel för det första dygnet. Är hemgången en fredag så skickas läkemedel till och med måndag morgon om inget annat blir överenskommet. När läkemedel skickas med hem meddelas detta via chatten i Webcare.
- Ta reda på om personen kan hämta ut sina läkemedel själv på apoteket eller om hen behöver söka hjälp från socialtjänsten för ”ärenden”.
- Särskilda regler gäller vid egenvårdsintyg, se Förklaring av vissa begrepp sidan 4.

Checklistor

1. Checklista – Vilken info kan vara aktuell att delas under VP-mötet

Checklistan är avsedd att användas som stöd i samband med vårdplaneringsmöte mellan slutenvård och kommun samt vid behov primärvård. Syftet med checklistan är att säkra informationsöverföringen och säkerställa att all information av vikt för individens framtida omsorgs-/omvårdnadsbehov framkommer under mötet. Alla punkter på listan är inte relevanta vid alla vårdplaneringsmöten, bedömning får göras från gång till gång.

MÖTETS FÖRSTA DEL

Personal från sjukhuset är ordförande. Vid behov skall sjukhuset beställa tolk.

Sjukhuset presenterar deltagarna och informerar om syftet med mötet, hur det praktiskt går till och att personal från sjukhuset kommer att lämna mötet efter första delen.

Vad har hänt under vårdperioden?

- Inskrivningsorsak: vad orsakade vårdperioden, kvarstående vårdbehov, eventuella utredningar/undersökningar som kan påverka hjälpbehovet/utskrivningsdatum
- Eventuella övriga diagnoser/hälsoproblem som påverkar omsorgsbehovet
- Multiresistenta bakterier: VRE, ESBL, MRSA etc.
- Eventuell prognos: exempelvis - hur länge innan man får belasta, framtida behandling som kan påverka hjälpbehovet
- Finns tidigare vårdperioder under de senaste 6 månaderna?

Hur ser omsorgsbehovet ut inför utskrivning?

- Förflyttning: resa sig upp, förflytta sig ur säng, gånghjälpmedel, förflyttning i trappor, fallrisk
- Personlig vård: sköta hygien, toalettbesök, på/avklädning, äta/dricka, hur fungerar det nattetid. Stödstrumpa/kompressionsstrumpa?
- Kommunikation: eventuell afasi, hörselnedsättning, synnedsättning, förmåga att hantera ett trygghetslarm
- Kognition: eventuell minnesproblematik, initiativ, handlingskraft, följa instruktioner
- Sociala förhållanden, finns socialt stöd och i vilken form?
- Boendesituation: vad vet vi om bostaden?
- Hjälpmedel

Vad ska hända efter vårdtiden?

- Berätta om eventuella kontakter/remisser till primärvård, distriktssköterska eller andra mottagningar. Planerad uppföljning?

MÖTETS ANDRA DEL

Biståndshandläggaren är ordförande. Vid behov deltar även kurator från sjukhuset samt distriktssköterska.

Biståndshandläggare frågar den enskilde vad den anser sig behöva för hjälp i hemmet för att vardagen skall fungera. Utifrån den enskildes ansökan kartläggs olika livsområden, till exempel behov av stöd med:

- Personlig omsorg
- Måltider
- Trygghet, säkerhet och välbefinnande
- Hemliv: inköp, städa, tvätta, ärenden (inkluderar inköp av läkemedel)
- Hur sköts ekonomin? God man/förvaltare/anhöriga
- Personligt stöd och personliga relationer: make/maka/partner/barn eller andra anhöriga
- Behov av egenvård med praktisk hjälp
- Planerat preliminärt hemgångsdatum
- Behov av att mötas upp av hemtjänsten

EFTER MÖTET

- Efter avslutat vårdplaneringsmöte görs en avstämning mellan biståndshandläggaren och vårdsamordnaren eller den sjuksköterska som deltagit i vårdplaneringsmötet.

2. Några tips för god användning av Webcare

Listan kommer från Nestors Webcareseminarium, genomfört med personal från Haninge-Nynäshamn-Tyresö november 2016 och mars 2017. Den ger exempel på vad som kan vara bra att tänka på när Webcare används. Listan är inte fullständig utan kan behöva kompletteras.

- Gå in i Webcare minst 2 gånger per dag, gärna 3
- Kommun: Skriv in hemtjänstutförare
- Primärvård: Skriv in om patienten är inskriven i hemsjukvård och i så fall vilken
- Primärvård: Skriv in kontaktuppgifter till Äldremottagningen
- Läs och besvara info som finns i ”kuverten”
- Använd inte förkortningar eller medicinska termer
- Använd tilläggsanteckning för ny information som rör patienten och planeringen, texten sparas. Chat-anteckning används till exempel för att komma överens om tid för vårdplanering och sparas inte.
- Justera alltid vårdplanen
- Lär mer om Webcare på Vårdgivarguiden. Här finns en webutbildning som går igenom alla steg i in- och utskrivningsprocessen. Webutbildningen är i första hand gjord för slutenvården och öppenvården, men även biståndshandläggare kan ha nytta av att göra den eftersom både kommunen och primärvården är mottagande enheter och använder liknande funktioner i Webcare.

Se länk: <http://lartorget.sll.se/public/courseId/64288/lang-en/publicPage.do>.