

ViS - Vård i samverkan

Kommun(er): Östhammars kommun

Region Uppsala: NVH Östhammar, Akademiska sjukhuset och psykiatrisk öppenvård

Fastställt av: Tjänsteledning för närvårdssamverkan i Östhammar

Datum: 2022-03-11

Samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården, lokal rutin i Östhammars kommun

Innehåll

Bakgrund.....	2
Syfte	2
Omfattning.....	2
Termer och begrepp.....	2
Genomförande	2
Hemtagningsteam.....	2
Mötesschema hemtagningsteam	2
Kommunikation	2
Meddelanden i Cosmic Link.....	3
Meddelande i Messenger.....	3
Blanketter i samverkan.....	3
Processen in- och utskrivning i slutenvården	3
SIP	4
Uppföljning efter slutenvårdsvistelse.....	4
Dokumenthistorik.....	4
Referenser.....	4
Bilagor	4
Bilaga 1 Process för samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården	5
Bilaga 2 Checklista för fast vårdkontakt på vårdcentral inför fördelning av medicinskt ansvar.....	6

Bakgrund

Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) trädde i kraft januari 2018. Lagen reglerar att samverkan ska ske kring de personer som behöver insatser efter sjukhusvistelsen.

ViS – riktlinjen [Samverkan vid utskrivning från slutenvården](#) anger att det ska finnas rutiner som närmare beskriver hur samarbetet sker lokalt.

I Östhammar har tjänsteledningen tagit ställning till att ha en rutin kring samverkan som utgår från både Region Uppsala och Östhammar kommun samt för respektive verksamhet.

Syfte

Att beskriva samverkan kring personen vid in- och utskrivning i slutenvården så att det blir en god och sammanhållen vård och omsorg med hjälp av hemtagningsteam. Rutinen ska utgöra ett stöd

för samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst så att de personer som har behov av samordning kan erbjudas det.

Omfattning

Personer från 17 år och äldre som slutenvårdens läkare bedömer behöver insatser från socialtjänsten, kommunens hälso- och sjukvård eller öppenvården efter utskrivning från sjukhus.

Termer och begrepp

Utgår från Socialstyrelsens termbank och gällande författningar

Medicinsk planering – i denna rutin avses med medicinsk planering det som åvilar legitimerad personal. Det innebär att tillsammans med den enskilde planera för vårdens inriktning och omfattning.

Genomförande

Hemtagningsteam

I hemtagningsteamet ingår från kommunen handläggare från socialtjänst, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, sjuksköterska och enhetschef/planerare, sektor omsorg. Från regional primärvård deltar fast vårdkontakt. Hemtagningsteamet finns för varje tätort och har ett dagligt morgonmöte på max 15 min. Mötet sker måndag-fredag förutom röda dagar. Ett hemtagningsteam tjänstgör röd dag när det är långhelg (mer än tre helgdagar i följd). Varje påskdag tjänstgör ett hemtagningsteam.

Mötesschema hemtagningsteam

08.15 Österbybruk (digitalt) vid teknikfel (ring 08-5000 5000 och ange kod 110 795)

08.30 Öregrund (digitalt) vid teknikfel (ring 08-5000 5000 och ange kod 386 570)

08.45 Alunda (digitalt) vid teknikfel (ring 08-5000 5000 och ange kod 385901)

09.00 Östhammar (digitalt) vid teknikfel (ring 08-5000 5000 och ange kod 074 733)

09.15 Gimo (digitalt) vid teknikfel (ring 08-5000 5000 och ange kod 864 340)

Kommunikation

För informationsöverföring mellan kommunen och regionen används det webbaserade kommunikationsverktyget Cosmic Link. Varje vårdgivare svarar för att ha en organisation kring Cosmic Link vad gäller behörighet, utbildning samt utse en samordningsansvarig. Detta ska beskrivas i en lokal

ViS - Vård i samverkan

rutin. Hemtagningsteamens möten sker digitalt eller via telefon. Den regionala primärvårdens fasta vårdkontakt ansvarar för att bjuda in till digitalt möte. Alla i hemtagningsteamet har möjlighet att i ärenden där utskrivningsprocessen inte följs, kontakta slutenvårdens samordnare via telefon 018-612 20 54 mellan kl.10.00-10.15 måndag-fredag. Avvikelse i vårdkedjan skrivs alltid då rutiner och riktlinjer enligt ViS (Vård i samverkan) inte efterföljs.

Meddelanden i Cosmic Link

Generella meddelanden i Cosmic Link gäller för praktiska frågor i utskrivningsprocessen.

Inskrivningsmeddelande Steg 1

Skickas från slutenvården efter att läkaren bedömt att patienten kan behöva insatser från socialtjänsten, regional primärvård, kommunal primärvård eller socialtjänst efter utskrivning från sjukhuset. Inskrivningsmeddelandet besvaras så snart som möjligt av berörda parter.

Utskrivningsklarmeddelande Steg 2

Skickas från slutenvården när läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar och läkaren har dokumenterat utskrivningsklaranteckning i Cosmic. Alla aktörer följer bilaga 2 och 3 i ViS-riktlinjen [Samverkan vid utskrivning från slutenvården](#)

Meddelande i Messenger

Messenger används vid riktad kommunikation mellan professioner/funktionsbrevlådor.

Avsändare av meddelandet är uppföljningsansvarig då det inte går att se att mottagande enhet tagit del av informationen.

Messenger används till exempel för utbyte av medicinsk information mellan Hälso- och sjukvårdspersonal.

Information i Messenger skickas mellan kommunal primärvård, regional primärvård och slutenvård. Meddelanden i Messenger kan även skickas utan att patienten har en pågående vårdperiod inom slutenvården. Meddelanden i Messenger skickas mellan två parter och kan därför användas för mer integritetskänslig information.

Blanketter i samverkan

Det går att länka fyra blanketter i Cosmic Messenger vilket kan läsas i Cosmic och skrivas ut av kommunens legitimerade personal:

- Fördelning av medicinskt ansvar
- Dödsfall underlag till konstaterat dödsfall
- Dödsfall-transportintyg version för sjuksköterska
- Medicinskt underlag inför förskrivning av elrullstol.

Processen in- och utskrivning i slutenvården

De olika stegen och vad respektive enhet gör beskrivs i bilaga 1.

Information om personens hälsotillstånd finns att läsa i Cosmic, regionens system för patientjournaler. Det gäller såväl vid inskrivning, under vårdtillfället samt den samlade information som berörd enhet ska få vid utskrivning från slutenvården. Kommunens legitimerade personal har tillgång till Cosmic via direktåtkomst och NPÖ (nationell patientöversikt) om personen har gett samtycke.

Kommunal primärvård och regional primärvård/specialistöppenvård psykiatri påbörjar planeringen av insatser då inskrivningsmeddelandet kommer. Planeringen sker i dialog med personen, eventuella närstående och slutenvården. Berörda enheter har ett gemensamt ansvar att stämma av att allt fungerar kring patienten innan utskrivning. Målsättningen är att personen ska kunna lämna sjukhuset samma dag

ViS - Vård i samverkan

som den är utskrivningsklar. Kommunen ska dokumentera information om den fortsatta planeringen i utskrivningsplanen så att patienten kan få den utskrivna innan hemgång från slutenvården.

SIP

Syftet med SIP är att vara ett verktyg för den enskilde för att få en överblick över insatser/åtgärder, att det är tydligt vem som gör vad samt kunna påverka hur insatserna/åtgärder ska samordnas.

Se aktuell ViS [Samordnad individuell plan \(SIP\) i Uppsala län](#).

Uppföljning efter slutenvårdsvistelse

[Uppföljning efter 72 timmar](#) gör regionens primärvård på patienter i ordinärt boende.

För de patienter som bor på SÄBO för äldre eller vistas på korttidsplats, sker den medicinska uppföljningen av boendets sjuksköterska och läkare efter utskrivning från slutenvården.

Dokumenthistorik

2022-03-29 Nytt dokument. Dokumentet har tagits fram inför byte till Cosmic Link och möjligheten till sammanhållen journalföring i Cosmic.

2022-05-23 Justering av kontaktperson

Referenser

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

[ViS-riktlinjer](#)

Bilagor

Bilaga 1 Process för samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården



Person skrivs in i slutenvård

Person får vård

Person är utskrivningsklar



Slutenvården

Samtycke sammanhållen journalföring HSL.

Samtycke SoL-information mellan vårdgivare.

Datum för utskrivning

Inskrivningsorsak

Regional primärvård, psykiatri öppenvård

Ange/stjärnmarkera fast vårdkontakt

Kommunal hälso- och sjukvård:

Besvara inskrivningsmeddelande, utreder, beslutar, planerar.

Socialtjänst:

Besvara inskrivningsmeddelande, hanteras som en anmälan om behov av stöd.

Enhetschef utförare:

Ta del av information kring beräknad utskrivning.

Slutenvården

Löpande dialog med patient, regional primärvård, socialtjänst och kommunal primärvård. Kalla till SIP för patient med omfattande vårdbehov där exempelvis utbildningsinsatser behövs. Bistå patienten vid behov i kommunikationen med ex digital mötesteknik.

Regional primärvård, psykiatri öppenvård

Löpande dialog med patient, slutenvård, socialtjänst och kommunal primärvård. Delta i SIP för patient med omfattande behov.

Kommunal hälso- och sjukvård:

Löpande dialog med patient, slutenvård, öppenvård och socialtjänst. Delta i SIP för patient med omfattande behov.

Socialtjänst: Dialog med patient. Utreder, planerar, beslutar. Delta i SIP för patient med omfattande behov.

Enhetschef utförare:

Delta i SIP för patient med omfattande behov.

Slutenvården

Utskrivning

Information till patient
Information till berörda enheter.

Regional primärvård, psykiatri öppenvård

Vid behov kalla till SIP inom tre dagar.

Kommunal hälso- och sjukvård:

Patienten tas emot.
Löpande dialog med den enskilde och berörda enheter.

Delta i SIP. Vid behov ta initiativ.

Socialtjänst: Patienten tas emot. Löpande dialog med den enskilde och berörda enheter. Delta i SIP. Vid behov ta initiativ.

Enhetschef utförare: Ta emot hemma och påbörjar beslutad insats. Delta i SIP. Vid behov ta initiativ.

Bilaga 2 Checklista för fast vårdkontakt på vårdcentral inför fördelning av medicinskt ansvar

Anamnes - varför behöver patienten hemsjukvård? Diagnoser, bakomliggande sjukdomar, övriga behandlingar. Skrivet av namngiven läkare

Läkemedel - tydlig formulering av vad som ska utföras, t.ex. dela dosett och överlämna enskild dos till patienten.

Starta dos.

Förnyade recept, tider för olika läkemedel, dos sen tidigare-är den uppdaterad?

Informera om låst medicinskåp i hemmet

Diabetes - insulin angiven tid och dos, hur ofta ska blodsocker kontrolleras?

Tydlig instruktion för insulin vid behov. Målvärde på blodsocker?

Sårömläggning - var finns såret? Tydlig beskrivning. Hur ofta? Med vad ska det läggas om? Vem ordinerar omläggning?

Kateter - varför har patienten kateter? Vilken sort? När sattes den? Nästa planerade byte? Vem ordinerade kateter?

Egenvård - när patienten själv vet hur, när och vad som ska utföras. Men EJ kan utföra det p.g.a. värk i händer, svaga och stela muskler m.m.

Då krävs egenvårdsintyg från vårdcentralen, som ges till biståndshandläggare för att sen planeras ut till hemtjänsten att utföra. Tex kompressionsbehandling med stödstrumpor, leverans av dosrulle från Apoteket. Patienten skriver på fullmakt så personalen kan hämta ut.

Inga insatser av hemsjukvård, går enbart via hemtjänst.