

Överenskommelse om samverkan för trygg och säker utskrivning från slutenvård hälso- och sjukvård i Jönköpings län

Innehåll

Överenskommelsens omfattning.....	2
Övergripande mål för samverkan	2
Ansvarsfördelning	3
Ekonomisk reglering.....	4
Uppföljning och utveckling	4
Definitioner	5

2017-11-14

Om överenskommelsen

Inledning

Denna överenskommelse utgår från *Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård* (2017:612) som träder i kraft i januari 2018.

Överenskommelsen tecknas för att särskilt främja god planering vid utskrivning så att personer med fortsatt behov av insatser kommer hem så snart som möjligt efter att behandlande läkare bedömt att personen är utskrivningsklar.

Parter

Överenskommelsen tecknas av Aneby, Eksjö, Gislaved, Gnosjö, Habo, Jönköping, Mullsjö, Nässjö, Sävsjö, Tranås, Vaggeryd, Vetlanda och Värnamo kommuner och Region Jönköpings län.

Syfte med överenskommelsen

Syftet med överenskommelsen är att skapa förutsättningar för samverkan med invånarnas bästa i fokus. Överenskommelsen ska

- bidra till att parterna tillsammans ger god vård och socialtjänst av god kvalitet till personer som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänst, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och den av Region Jönköpings län finansierade öppna vården
- främja parternas samverkan och dialog i säker utskrivning från slutenvård till fortsatt sammanhållen öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst
- stärka vårdcentralernas samordnande roll
- främja god gemensam planering så att personer med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter att den behandlande läkaren bedömt att personen är utskrivningsklar

Fastställande och giltighet

Överenskommelsen gäller från och med 2018-01-01 och gäller tillsvidare med uppsägningstid på ett år. Ekonomisk reglering enligt överenskommelsens ersättningsmodell träder i kraft 2018-03-01. Fram till och med 2018-02-28 sker ersättning enligt betalningsansvarslag.

I händelse av att överenskommelse inte tecknas gäller Lag (2017:612) om samverkan, 6 § retroaktivt från 2018-01-01.

Överenskommelsens omfattning

Överenskommelsen omfattar alla personer, oavsett ålder, som efter utskrivning från slutna hälso- och sjukvård behöver insatser från socialtjänst och/eller den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och/eller den av Region Jönköpings län finansierade öppna vården.

Överenskommelsen gäller även personer som skrivs ut från slutna psykiatrisk vård. För dessa personer tillämpas 30 dagars betalningsansvar till och med 31 december 2018.

Överenskommelsen styr utformningen av parternas gemensamma processer och riktlinjer för samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Tolkning

I händelse av olika tolkning i hur överenskommelsen ska tillämpas har REKO tolkningsföreträdare. När behov föreligger ska tolkningsfrågor behandlas politiskt. REKO ansvarar för att vid behov utse företrädare från respektive huvudman med sakkunskap för beredning. Samverkansproblem och tvister ska lösas skyndsamt och återkoppling ska ske till berörda parter.

Avgränsningar

Personer som efter utskrivning från den slutna vården endast har behov av fortsatta insatser inom den av Region Jönköpings län finansierade öppna vården omfattas inte av överenskommelsen.

Samordnad vårdplanering för personer som behöver insatser i samband med psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård genomförs enligt 7 a § Psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) och 12 a § Rättspsykiatrisk vård (1991:1129).

Övergripande mål för samverkan

Värdegrund

Parternas samverkan bygger på en gemensam värdegrund som innebär att:

- utgå från invånarnas behov
- bemöta varandra med respekt och visa varandra tillit
- aktivt samarbeta över organisatoriska- och huvudmannagränser för att stärka invånarnas upplevelse av sammanhang och helhet
- tillvarata varandras kompetens och lära av varandra

Vision

Parternas gemensamma vision för samverkan är att länets invånare ska kunna säga *”Jag får den vård och omsorg jag behöver, där jag behöver och när jag behöver”*.

Värdet för invånarna höjs när kommunens och regionens medarbetare har gemensamma mål och tydlig ansvarsfördelning.

Gemensamma mål

Övergripande mål för samverkan:

- god, säker och jämlik vård i hela länet
- individen ska känna trygghet och tillit, vara välinformerad, delaktig och självständig i sin vård och omsorg oavsett var den utförs samt i vårdens övergångar
- effektiva arbetssätt, tillgänglig information och IT-stöd som underlättar det dagliga arbetet
- bättre kvalitet genom effektivare resursutnyttjande av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens sammantagna resurser

Gemensam process

Parterna förbinder sig att implementera och vidareutveckla den gemensamma arbetsprocess för samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård som utifrån lagstiftningen tagits fram och testats i del projektet Vårdsamordning i *”Trygg och säker vård och omsorg”*.

Erfarenheterna från arbetet med den gemensamma utskrivningsprocessen ligger till grund för ansvarsfördelningen mellan parterna.

Parterna är överens om att fortsätta utvecklingsarbeten för att förebygga och minska invånarnas behov av undvikbar sjukhusvård samt att med strukturerat vårdpreventivt arbete och god kvalitet vid utskrivning bidra till färre återinskrivningar i sluten vård. Parterna är överens om att intensifiera sitt arbete med SIP.

Ansvarsfördelning

Det är ett gemensamt ansvar att

- säkerställa dialog och kontinuerlig planering inför utskrivning när patienten befinner sig i sluten vård
- aktivt delta i samordnat vårdplaneringsmöte (SVPL)
- aktivt medverka i upprättande av samordnad individuell plan (SIP)
- aktivt inventera och tillgodose behov av utbildning och kompetensförstärkning för att säkerställa kvalitet för patienten i utskrivningsprocessen
- implementera och säkerställa följsamhet till överenskomna processer och riktlinjer
- använda gemensamma IT-stöd
- aktivt delta i utvärdering och utveckling av gemensamma processer och riktlinjer

En detaljerad beskrivning av varje parts ansvar finns i *”Riktlinje och rutin för samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård”*, bilaga 1.

Digital utveckling

För att klara framtida utmaningar ska parterna gemensamt arbeta med att skapa förutsättningar för fortsatt utveckling av digitala hjälpmedel och stödprocesser för dessa.

Ekonomisk reglering

Den ekonomiska regleringen utgår från lagens intentioner, ömsesidig tillit, kontinuerlig uppföljningsdialog och fortsatt utveckling. Den stödjer parternas gemensamma mål att samverka med invånarnas bästa i fokus och för effektivt resursutnyttjande av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens sammantagna resurser.

Ersättningsmodell

Ersättningsmodellen grundas på snitt av antal dagar som patienter ligger kvar inom slutenvård efter att meddelande om utskrivningsklar har skickats. Betalningsansvar inträder då enskild kommun överstiger ett snitt på 2,0 dagar under en månad. Debitering sker retroaktivt för genomsnittligt antal dagar inom slutenvård efter att utskrivningsklar meddelats, tills utskrivning sker. Betalningsansvar för utskrivningsklara patienter som vårdas i slutenvård mer än 7 kalenderdagar beräknas individuellt. Ersättningsmodell beskrivs närmare i "Ekonomisk reglering", bilaga 2. Ersättningsmodellen bygger på att samtliga parter tar sitt ansvar i processen enligt rutin/riktlinje.

Kommunens betalningsansvar förutsätter(enligt Lag om samverkan):

- att inskrivningsmeddelande och vårdtidsbedömning är meddelad
- att patienten bedömts utskrivningsklar och utskrivningsmeddelande är meddelat
- i de fall en samordnad individuell planering ska genomföras är kommunen betalningsansvarig endast om den fasta vårdkontakten i den av Region Jönköpings län finansierade öppna vården har kallat till samordnad vårdplanering.

Patienter tillhör den kommun där de är folkbokförda. Då en kommun beslutat att patient ska vistas i en boendeform eller bostad annan kommun, har den placerande kommunen ersättningsskyldighet.

Kommunens betalningsansvar för utskrivningsklar patient ska ske utifrån vårdpris som fastställs enligt Socialstyrelsen, beloppet justeras årligen med vårdprisindex.

Från och med 1 januari 2019 beräknas kommunens betalningsansvar för patienter i sluten psykiatrisk vård på samma sätt som för övriga patienter. Under 2018 gäller oförändrat 30 dagar för patienter i sluten psykiatrisk vård.

Uppföljning och utveckling

Uppföljning av överenskommelsen fokuserar på gemensam måluppfyllelse och följsamhet till processen för samordnad vårdplanering.

Verksamhetsnära dialog

Parterna säkerställer mötesplatser för en kontinuerlig och verksamhetsnära dialog om gemensamma mål utifrån följsamhet till process, mätetal och målnivåer som tas fram i projektet "*Trygg och säker vård och omsorg*", Strategigrupper och som fastställs av REKO. Mötesplatserna ska utgå från Ledningssystem för samverkan Region Jönköpings län och länets kommuner.

Mätetal med anledning av överenskommelsen ska i huvudsak följa det som nationellt beslutas ska följas upp.

Företrädare för slutenvården, vårdcentralen och kommunen utvärderar sina resultat och sin samverkan. Dialogen ska resultera i aktiviteter i gemensamma handlingsplaner för fortsatt utveckling.

Uppföljningsdialog på länsnivå

Överenskommelsen följs upp årligen och redovisas till presidierna för Socialnämnder eller motsvarande samt presidium för Folkhälsa och sjukvård. Återrapportering sker till Kommunalt forum.

REKO ansvarar för att uppföljning sker på länsnivå. Uppföljningen utgår från de verksamhetsnära dialogerna och sker i länsgrupper utsedda av REKO och med koppling till Ledningssystem för samverkan. Länsgrupperna rapporterar till REKO minst var sjätte månad. Förutom mätetalen som används i den verksamhetsnära dialogen följs:

- Upplevd delaktighet (nationell patientenkät och eventuella punktmätningar)
- Rapporterade avvikelser

Länsgrupperna ansvarar för lägesanalyser och att utan dröjsmål lämna förslag på åtgärder vid negativ utveckling.

För avvikelser används befintliga rutiner och överenskommelsen "*Avvikelsehantering i samverkan*".

Definitioner

Begreppen som används i överenskommelsen definieras:

- i lagstiftning
- av Ledningsgruppen för samverkan Region Jönköpings län och länets kommuner(REKO)
- av projektet *Trygg och säker vård och omsorg*

Fast vårdkontakt

Definieras i *Patientlag*. Vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård är vårdcentralens vårdsamordnare patientens fasta vårdkontakt.

Hemmet

Med hemmet avses både ordinärt och särskilt boende.

Hälso- och sjukvård

Åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter.

Kommunal hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdsinsats som utförs av kommunalt anställd personal. Insatser kan utföras av sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut eller av omvårdnadspersonal efter instruktion/delegation.

Öppenvård finansierad av Region Jönköpings län

Öppenvårdsmottagningar inom specialistvård och primärvård som finansieras av Region Jönköpings län. I de flesta fall avses vårdcentral eller psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Samordnad vårdplanering

Möte för samordnad vårdplanering (SVPL) genomförs för personer som behöver nya eller förändrade insatser efter utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Samordnad vårdplanering genomförs i patientens hem eller på sjukhus och sker i dialog mellan patient, närstående och representanter för kommun, vårdcentral och slutenvård. Berörda verksamheter representeras på plats eller via video.

Samordnad individuell plan (SIP)

Samordnad individuell plan (SIP) är personens plan och resultatet av den samordnade vårdplaneringen – den dokumenterade överenskommelsen om insatser och ansvarsfördelning för hälso- och sjukvård, omsorg och andra insatser.

Socialtjänst

Insatser för en enskild enligt *Socialtjänstlag* (SoL) och *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade* (LSS) samt insatser enligt lagarna om vård utan samtycke av unga eller missbrukare (LVU, LVM).

Sluten vård

Hälso- och sjukvård som ges till en patient som är inskriven på sjukhus.

Utskrivningsklar

Patienten är utskrivningsklar när läkare bedömt att hälsotillståndet är sådant att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården. Inga ytterligare bedömningar eller insatser som kräver slutenvård behöver göras, patienten kan lämna sjukhuset när meddelande om utskrivningsklar skickats.

Vårdsamordnare

Namngiven person på vårdcentral, patientens fasta vårdkontakt, med uppgift att samordna vårdplaneringsprocessen vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Vårdsamordnarnas hela uppdrag regleras i avtalet mellan Region Jönköpings län och leverantörerna av primärvård inom vårdval i Jönköpings län.

Riktlinje - Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Samordnad vårdplanering (SVPL)

Riktlinjen utgår från *Lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård* som träder i kraft 1 januari 2018. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612

Målgrupp

Vårdplaneringsprocessen gäller för personer i alla åldrar, som efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från socialtjänst, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården.

Syftet med den nya lagen

- Främja en trygg och säker vård och omsorg för patienter som efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från både landsting och kommun
- Främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter att individen är utskrivningsklar
- Att onödig vistelse på sjukhus så långt som möjligt ska undvikas

Sammanfattning av den nya lagen

Inskrivningsmeddelanden

- Inskrivningsmeddelande med förväntad tidpunkt för utskrivningsdag ska skickas inom 24 timmar efter att patienten har skrivits in i sluten vård. Inskrivningsmeddelandet initierar den öppna vårdens och socialtjänstens planering inför patientens utskrivning.

Fast vårdkontakt

- En fast vårdkontakt skall utses i den landstingsfinansierade öppna vården för patienten innan utskrivning från sluten vård. Den fasta vårdkontakten får en viktig roll att samordna inför patientens utskrivning.

Samordnad individuell plan

- Samordnad individuell plan (SIP) enligt bestämmelserna i 16 kap. 4§ HSL och 2 kap. 7§ SoL blir patientens och huvudmännens gemensamma verktyg för den samordnade vården efter utskrivning. Den fasta vårdkontakten kallar till samordnad vårdplanering inom tre kalenderdagar efter underrättelse om att patienten är utskrivningsklar har lämnats.

Innehållsförteckning

Innehåll

Samordnad vårdplanering (SVPL) med samordnad individuell plan som resultat (SIP)	2
Innehållsförteckning	3
Inskrivningsmeddelande, Steg 1	5
Slutenvård:	5
Kommun:	5
Vårdcentral:	5
Vårdtidsplanering, Steg 2	6
Slutenvård:	6
Kommun:	6
Vårdcentral:	6
Initiera och kalla till samordnad vårdplanering, Steg 3	6
Slutenvård:	7
Vårdcentral:	7
Kommun:	8
Link vårdplan (Samordnad vårdplan Link)	8
Slutenvård	8
Vårdcentral	8
Kommun	9
Utskrivningsmeddelande, Steg 4	9
Slutenvård:	9
Vårdcentral:	10
Kommun:	10
SVPL-möte i bostaden, Steg 5	10
Vårdcentral:	10
Kommun:	11
Slutenvård:	11
Avsluta ärenden i Cosmic Link	11
Slutenvård	11
Vårdcentral	11

Kommun	11
Uppföljning, Steg 6	11
Vårdcentral	11
Utskrifter	11

Inskrivningsmeddelande, Steg 1



Om patienten har insatser sedan tidigare eller om det finns ett nytt eller utökat behov av insatser ska ett inskrivningsmeddelande skickas. Om behov uppstår senare under vårdtillfället skickas inskrivningsmeddelandet när detta är aktuellt.

Inskrivningsmeddelande skickas av ansvarig vårdavdelning när beslut om inskrivning har fattats. Inskrivningsmeddelandet skickas oavsett tid på dygnet och skickas till vårdcentral och kommun.

Slutenvård:

Sjuksköterska

- Inhämta samtycke och skicka inskrivningsmeddelande, i samband med ankomst till vårdavdelningen. Om samtycke inte kan anges, skriv "menprövning" i kommentarsfältet
- Skriv i kommentarsfältet frasminnet "inslink"+enter (*Vilka insatser gällande SOL, HSL och LSS finns idag för patienten?*)

LINK-manual: http://plus.rjl.se/info_files/infosida44287/link_slutenvard_20170306.pdf

Kommun:

Kontrollera att personen är folkbokförd i kommunen – om inte, avvisa ärendet

Är patient inte känd sedan tidigare:

- svara med "Ej känd"

Är patienten känd sedan tidigare svara med:

- Aktiviteter i det dagliga livet (ADL)- och kommunikativ status samt notera boendeform och tillgänglighet t.ex. trappor. Använd frasminnet "adlkom"+ enter
- Aktuella insatser från SOL, HSL och LSS
- Avboka och eventuellt omboka pågående insatser från t.ex. hemtjänst, hemsjukvård och övriga kända inplanerade besök

LINK-manual: http://plus.rjl.se/info_files/infosida44287/link_kommunerna_20170306.pdf

Vårdcentral:

- Avboka/omboka eventuella planerade besök på vårdcentral

Vårdtidsplanering, Steg 2

Syftet med vårdtidsplanering är att tidigt påbörja samarbetet och planeringen runt patienten för att skapa en trygg och säker hemgång utan onödiga dröjsmål.

Vårdtidsplaneringen innehåller en bedömning om beräknat datum för utskrivning. Vårdtidsplanering är en förutsättning för kommande steg i processen. Om den förväntade vårdtiden omvärderas under vårdtiden skickas ett nytt meddelande via kommentar i Link.

Slutenvård:

Läkare

- Bedöm beräknat datum för utskrivning senast vid första rondtillfället
- Informera patienten om planerad vård och beräknad utskrivningsdag
- Planera in aktuella undersökningar inom vårdtiden

Sjuksköterska

- Skicka information om inskrivningsorsak och beräknat datum för utskrivning

Kommun:

- Ta del av datum för beräknad utskrivningsdag
- Planera och förbered för patientens hemgång tillsammans med vårdsamordnaren

Vårdcentral:

Vårdsamordnare

- Ta del av beräknat datum för utskrivningsdag
- Planera för patientens hemgång tillsammans med kommunen

Initiera och kalla till samordnad vårdplanering, Steg 3



Finns inga nya eller utökade behov av insatser identifierade fortsätt till Steg 4, Utskrivningsmeddelande

Samordnad vårdplanering (SVPL) initieras av sjukhuset för patienter som efter utskrivning från den slutna vården har ett nytt eller utökat/förändrat behov av insatser. Vårdsamordnaren på vårdcentralen kallar till SVPL. SVPL bör med fördel göras i bostaden där mötet sker inom 3 dagar. Om patienten redan har en väl fungerande SIP planeras inget SVPL-möte. Fortsatt kommunikation och planering för utskrivning sker via "Kommentarer".

Dokumentation kring ansvar och insatser görs i Link-vårdplanen av varje kallad profession och ska täcka patientens behov tills SIP hinner verkställas. Tänk på språkbruket, all text ska vara enkel att förstå för patienten. Det ska tydligt framgå vilka insatser som är planerade efter utskrivningen. Här lämnas även kontaktuppgifter (namn, telefon nr.) till respektive profession som dokumenterar i Linkvårdplanen. Patienten får en utskrift av Link-vårdplanen av slutenvården inför utskrivning.

De professioner/aktörer som är kallade till SVPL är skyldiga att delta.

Slutenvård:

Version 2

Sjuksköterska

- Informera och säkerställ att patienten samtycker till SVPL
- Initiera SVPL genom att skicka "Kallelse till samordnad vårdplanering"
- Fyll i "kontakt önskas med" – aktuella professioner för kommun och vårdcentral
- Fyll i ADL-förmåga samt kommunikativ förmåga
- Ange behov av hjälpmedel t.ex. pump, sond, lyft, vådsäng, rollator
- Förmedla om patienten har en pågående kontakt inom öppenpsykiatri och vilken mottagning som är aktuell
- Kommentera om patienten önskar ha närstående med vid SVPL i bostaden och i så fall vem
- Informera patienten om förslag från vårdsamordnaren angående dag och tid för SVPL-möte i bostaden
- Om datum för beräknad utskrivningsdag ändras på grund av förändrat tillstånd, skickas kommentar snarast om nytt datum för utskrivning

LINK-manual http://plus.rjl.se/info_files/infosida44287/link_slutenvard_20170306.pdf

Arbetsterapeut, Fysioterapeut/Sjukgymnast

- Sammanfattning av ADL-status kopieras och skickas som en kommentar så att biståndshandläggaren kan ta del av bedömningen
- Planera tillsammans med kommun/vårdcentral patientens behov av hjälpmedel
- Förskriv de nya hjälpmedlen som är en förutsättning för patientens hemgång
- Ansvar och planerade insatser för patienten efter utskrivning dokumenteras löpande under vårdtiden i Link-vårdplanen. Skriv även kontaktuppgifter (namn, telefon nr.)
- Vid väsentliga försämringar eller förbättringar hos patienten vad gäller funktions- och aktivitetsförmåga som påverkar planerade insatser, görs ny bedömning tillsammans med kommun/vårdcentral

Vårdcentral:

Vårdsamordnare

- Bemanna utan dröjsmål i Link
- Skicka kommentar om preliminär dag och tid för SVPL-möte
- Yrkeskategori som inte finns med som användare i Link och som ska kallas till SVPL kontaktas på lämpligt sätt med förslag på preliminär dag och tid. t.ex. öppenpsykiatri, habilitering, barn- och ungdomsmottagning, individ och familjeomsorg, god man/förvaltare, se checklista
- Kalla till SVPL
- Kommunicera med eventuella närstående om dag och tid för SVPL-möte
- Ansvar och planerade insatser för patienten efter utskrivning dokumenteras löpande under vårdtiden i Link-vårdplanen. Skriv även kontaktuppgifter (namn, telefon nr.)

- Om inga nya eller utökade behov finns och patienten redan har en väl fungerande SIP planeras inget SVPL-möte. Fortsatt kommunikation sker via kommentarer

LINK-manual: http://plus.rjl.se/info_files/infosida44287/link_primarvard_20170307.pdf

Kommun:

Legitimerad personal har läsbehörighet i speglingen av patientens journal i Link som underlag för vårdplaneringen.

- Kvittera kallelse utan dröjsmål
- Bemanna utan dröjsmål
- Finns det andra icke kallade professioner/funktioner – meddela vårdsamordnare via kommentar
- Planera tillsammans med slutenvård patientens behov av hjälpmedel som är en förutsättning för patientens hemgång
- De olika professionerna dokumenterar löpande i Link-vårdplanen under vårdtiden sitt ansvar och planerade insatser för patienten efter utskrivning t.ex. larm, matkorg, boendestöd, hjälpmedel. Skriv även kontaktuppgifter (namn, telefon nr.)
- Inventera behov av specifika utbildningsinsatser vid komplexa situationer
- Samtliga kallade är skyldiga att delta

LINK-manual: http://plus.rjl.se/info_files/infosida44287/link_kommunerna_20170306.pdf

Link vårdplan (Samordnad vårdplan Link)



När en kallelse till SVPL har initierats av slutenvården aktiveras möjligheten att dokumentera i vårdplanen i Link. Där dokumenteras tid för SVPL och planerade insatser som ska täcka för patientens behov tills SVPL äger rum i bostaden. När alla som är kallade till vårdplanering skrivit sin del i Linkvårdplanen och signerat (vilket innebär att din del av vårdplanen är justerad), godkänns Linkvårdplanen av slutenvården och skrivs ut för att lämnas till patienten.

Slutenvård

Arbetssterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast

- Dokumentera insatser och ansvar i Link-vårdplanen

Sjuksköterska

- Dokumentera insatser och ansvar i Link-vårdplanen
- Säkerställ att alla kallade parter har dokumenterat och signerat sin del
- Godkänn vårdplanen

LINK-manual: http://plus.rjl.se/info_files/infosida44287/link_slutenvard_20170306.pdf

Vårdcentral

Vårdsamordnare

- Dokumentera insatser och ansvar i Link-vårdplanen

LINK-manual: http://plus.rjl.se/info_files/infosida44287/link_primarvard_20170307.pdf

Kommun

- Dokumentera insatser och ansvar i Link-vårdplanen

LINK-manual: http://plus.rjl.se/info_files/infosida44287/link_kommunerna_20170306.pdf

Utskrivningsmeddelande, Steg 4



Utskrivningsmeddelande skickas från sjukhuset när patienten är utskrivningsklar och ska kunna lämna sjukhuset inom 24 timmar. Datum ska vara samma för utskrivningsklar och utskrivning, fylls i samtidigt. När utskrivningsmeddelandet skickas ska alla förberedelser nedan vara helt klara inför patientens hemgång. Kommunen meddelar slutenvården när patienten kan komma åter till bostaden i de fall det är aktuellt.

Obs! Utskrivningsmeddelandet ska skickas även om ingen kallelse har initierats av slutenvården.

Slutenvård: Läkare:

- Läkemedelsgenomgång genomförs
- Aktuella läkemedelsrecept förskrivs
- Aktuell medicinlista eller doskort skickas med patienten
- Vid behov förskriv produkter och livsmedel för särskilda näringsändamål (sond, näringsmedel, förtjockningsmedel och berikning)
- Vid behov, förskriv nödvändiga intyg inför utskrivning t.ex. "Bedömning av förmåga att ansvara för egenvård" (egenvårdsintyg), sjukintyg, anhörigintyg
- Utskrivningssamtal och lämna "Information om din vårdtid" till patienten
- Medicinsk epikris dikteras
- Meddela sjuksköterska att utskrivning är förberedd

Sjuksköterska:

- Skriv ut Link-vårdplan med aktuellt datum och tid för SVPL-mötet och lämna den till patienten
- Aktuella läkemedel skickas med patienten vid behov, i överenskommelse med patient, närstående, kommun. Utskrivande sjuksköterska ansvarar för att patienten får med sig läkemedel hem för minst 2 vardagar om inget annat är överenskommit
- Kontrollera med läkaren att alla förberedelser är klara

- Vid behov säkerställ att t.ex. dietist, stomisjuksköterska, diabetessjuksköterska är informerade och delaktiga samt att eventuella medicintekniska hjälpmedel följer med patienten
- Skicka Utskrivningsmeddelande
- Bevaka tid för hemgång och beställ transport enligt överenskommelse med patient och berörda t.ex. närstående, kommun och/eller vårdcentral

LINK-manual: http://plus.rjl.se/info_files/infosida44287/link_slutenvard_20170306.pdf

Vårdcentral:

Vårdsamordnare:

- Stäm av preliminärbokat datum och tid för SVPL-mötet i bostaden
- Stäm av med alla berörda parter i Link-vårdplanen angående ansvar, insatser och hjälpmedel inför patientens hemgång, som ska ske inom 24 timmar. Patientens behov skall vara täckt från dag 1 efter utskrivning och för den första tiden i bostaden så att SIP hinner verkställas • Planera för patientens hemgång med patientansvarig läkare på vårdcentralen

Kommun:

- Gå igenom att ansvar, insatser och hjälpmedel är klart inför patientens hemgång, som ska ske inom 24 timmar. Patientens behov skall vara täckt från dag 1 och för den första tiden i hemmet så att SIP hinner verkställas
- Skriv kommentar om lämplig tid för hemkomst
- Vid behov möt upp patienten i bostaden
- Läs omvårdnads- och medicinsk epikris för information om patientens fortsatta vård. Vid oklarheter kontakta vårdenheten
- Läkemedelslistan syns inte i Link för patienter med Apodos, se Pascal.

SVPL-möte i bostaden, Steg 5

SVPL-möte sker i bostaden med SIP som resultat. SIP är ett dokument som ger en samlad beskrivning av patientens egenvård eller behandling samt pågående och planerade vård- och omsorgsinsatser. SIP görs med utgångspunkt från patienten – Vad är viktigt för mig? Berörda parter jobbar på uppdrag från patienten. Det ska framgå vilka insatser av fortsatt vård, behandling och rehabilitering som planeras, vad man kan göra själv (egenvård), kontaktuppgifter samt när uppföljning ska ske. SIP dokumenteras i Cosmic (journalmall) vilket möjliggör åtkomst för patienten via mina vårdkontakter.

Vårdsamordnare från vårdcentralen ansvarar och håller i SVPL-mötet där varje kallad profession deltar aktivt <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=41731>

Vårdcentral:

Vårdsamordnare:

- Förbered inför SVPL-mötet t.ex. med teknik, tolk, tillgänglighet

- Ansvara för SVPL-mötet
- Dokumentera SIP i Cosmic journalmall. Om någon part måste återkomma med beslut lämnas anteckningen osignerad. Berörd part återkommer till vårdsamordnaren inom avtalad tid. Därefter kompletteras SIP och signeras. Bestäm uppföljningsdatum.
- Skicka SIP till patient och ev. närstående (om patienten önskar). Informera om att SIP kan läsas via "Journal på nätet" (1177)
- Skicka kopia på SIP till ansvarig handläggare inom SOL/LSS

Kommun:

- Berörda professioner deltar aktivt i SVPL-mötet
- Överväg intyg om "Rätt till nödvändig tandvård"

Slutenvård:

- Vid komplexa situationer kan slutenvården delta vid SVPL-mötet

Avsluta ärenden i Cosmic Link



När alla statusfält är markerade i Link och patienten är utskriven är det viktigt att ärenden avslutas. Ärendet är då gråmarkerat på ärendeöversikten.

Slutenvård

- Avsluta ärenden. Rekommendationen är att detta görs en gång/dag (avsluta ärenden för patienter som skrevs ut igår). Du kan alltid titta på ett avslutat ärende genom att klicka på fliken Avslutade ärenden.

Vårdcentral

- Avsluta ärenden. Pågående ärenden får aldrig avslutas förrän patienten är utskriven från slutenvården, även om SVPL inte ska genomföras. Annars avslutas ärendet när SVPL genomförts. Du kan alltid titta på ett avslutat ärende genom att klicka på fliken Avslutade ärenden.

Kommun

- Avsluta ärenden. Pågående ärenden får aldrig avslutas förrän patienten är utskriven från slutenvården, även om SVPL inte ska genomföras. Annars avslutas ärendet när SVPL och uppföljning av SIP har gjorts. Du kan alltid titta på ett avslutat ärende genom att klicka på fliken Avslutade ärenden.

Uppföljning, Steg 6

Uppföljning är en naturlig del av processen och ska ske senast inom 1 månad efter genomförd SVPL. Alla professioner/funktioner ansvarar för att följa upp sin del i SIP. Vårdsamordnaren följer upp helheten.

Vårdcentral

Vårdsamordnare

- Kontakta patient för uppföljning
- Vid behov ta kontakt med berörd part för revidering av befintlig SIP, alternativt kalla till nytt möte som leder till ny SIP.

Tänk på.... gällande utskrifter

Link- vårdplan och läkemedelslista ska skrivas ut och följa med patienten vid utskrivning.

Omvårdnadsepikris och läkemedelslista kan skrivas ut av kommunens legitimerade personal.

Link-vårdplanen kan skrivas ut av dem som deltagit i planeringen. Övriga anteckningar från vårdtillfället får inte skrivas ut.

Ekonomisk reglering

Den ekonomiska regleringen ska stödja lagens intentioner, kontinuerlig uppföljningsdialog och fortsatt utveckling. Den ska bidra till parternas gemensamma mål att samverka med invånarnas bästa i fokus och för effektivt resursutnyttjande av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens sammantagna resurser. Grunden är att samtliga parter tar sitt ansvar i processen enligt rutin/riktlinje.

Den ekonomiska regleringen omfattar endast de patienter som är målgrupp för överenskommelsen.

Ersättningsmodell

Ersättningsmodellen grundas på snitt av antal dagar som patient ligger kvar inom slutenvård efter att bedömts utskrivningsklar och detta har meddelats i det gemensamma IT-stödet för samordnad vårdplanering, Cosmic Link. Betalningsansvar inträder då enskild kommun överstiger ett snitt på 2,0 dagar under en kalendermånad.

Betalningsansvar för utskrivningsklara patienter som vårdas i somatisk slutenvård mer än sju(7) kalenderdagar beräknas individuellt och exkluderas helt vid snittberäkning.

Beräkning av ersättning för utskrivningsklara patienter som vårdas i slutenvård 0- 7 dagar

Beräkningsgrund för att en kommun ska betala ersättning till Regionen är genomsnittligt antal dagar i inom slutenvård efter att utskrivningsklar meddelats i Cosmic Link, tills utskrivning sker. Debitering sker retroaktivt för enskild kommun för det som överstiger 2,0 dagar i snitt. Beräkning sker på utskrivna under den månaden.

Individuell beräkning för utskrivningsklara patienter som vårdas i slutenvård mer än 7 dagar

Om det dröjer mer än sju (7) kalenderdagar från det att slutenvården meddelat att patient är utskrivningsklar tills utskrivning sker, övergår den genomsnittliga beräkningen till individuell beräkning. Kommunen har betalningsansvar för de dagar som överskrider tre (3) kalenderdagar för denna individ. Dessa dagar faktureras på individnivå.

Patient som varit utskrivningsklar åtta (8) dagar eller mer ingår inte i underlaget för beräkning av snittet.

Exempel på beräkning:

Kommun A: 14 personer (som ingår i målgruppen för överenskommelsen) har under kalendermånad X skrivits ut från sjukhuset. Ingen patient har vårdats utskrivningsklar i mer än 7 dagar. Utskrivningsklara dagar ger efter månadens slut ett snitt på 1,7. Ingen ersättning.

Kommun B: 10 personer har under kalendermånad X skrivits ut från sjukhuset. Utskrivningsklara dagar ger efter månadens slut ett snitt på 2,7 dagar. Ingen patient har vårdats utskrivningsklar i mer än 7 dagar.

Ersättning räknas ut: $(2,7 - 2,0) \times 10 \times \text{kr vårdpris}$.

Kommun C: 14 personer vårdas och skrivits ut under kalendermånad X. En patient har varit utskrivningsklar i 9 dagar(exkluderas ur snittberäkning). Snitt efter månadens slut 1,50, ingen ersättning enligt snittberäkning men individuell ersättning beräknas på en individ.

Ersättning beräknas på 9-3, alltså 6 individdagar. 6 x kr *vårdpris*

Kommun D: 26 personer vårdas på sjukhus och har skrivits ut under månaden. Två patienter har varit utskrivningsklara mer än 7 dagar, 10 respektive 12 dagar(exkluderas ur snittberäkning). Snitt beräknas på 24 personer och blir 3,4.

Ersättning (3,4-2,0)x 24 x kr *vårdpris*

Ersättning individdagar (10-3 + 12-3) 16 x kr *vårdpris*

Beräkning av dagar

Beräkningen av antal dagar sker per patient och startar när slutenvården meddelat i Cosmic Link att patienten är utskrivningsklar och avslutas när patient skrivs ut. Uträkningen görs genom att ta utskrivning datum och klockslag minus utskrivningsklar datum och klockslag.

0-24 timmar dag 0

24-48 timmar - dag 1

48-72 timmar -dag 2 osv

Vårdpris

Kommunens betalningsansvar för utskrivningsklar patient ska ske utifrån vårdpris som fastställs enligt Socialstyrelsen, beloppet justeras årligen med vårdprisindex.

Kommunens betalningsansvar förutsätter

- att inskrivningsmeddelande och vårdtidsbedömning är meddelad
- att patienten bedömts utskrivningsklar och utskrivningsmeddelande är meddelat
- I de fall en samordnad individuell planering ska genomföras är kommunen betalningsansvarig endast om den fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppna vården har kallat till samordnad vårdplanering.

Kommunen där patienten är folkbokförd ansvarar för eventuellt betalningsansvar. Då en kommun beslutat att patient ska vistas i en boendeform eller bostad annan kommun, har den placerande kommunen ersättningsskyldighet.

Uppföljning

Kommunernas ekonominätverk kommer tillsammans med regionföreträdare initialt följa upp ersättningsmodellen samt kvalitet på fakturaunderlag månadsvis. I de fall felaktigheter inträffar ska återkoppling ska ske skriftligt till Regionen för debitering och kreditering till berörd kommun retroaktivt.

Rapport på utfall ska återrapporteras kvartalsvis till Reko och ingå i uppföljningar som de ansvarar för.