

Överenskommelse och riktlinjer i Kronobergs län mellan Region Kronoberg och kommunerna avseende

in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Kronobergs län

Giltig från: 2024 11 04 Giltig till: 2027 12 31

Faktaägare: Maria Everthsson, verksamhetsutvecklare, Region Kronoberg, Gunilla Berg, Verksamhetschef, Region Kronoberg, primärvård, Lena Bodin, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Alvesta kommun

Fastställd av: Ledningsgruppen för samordning av länets hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola



INLEDNING	4
DEFINITIONER	4
INSKRIVNINGSMEDDELANDE	6
MEDDELANDE OM BERÄKNAD TIDPUNKT FÖR UTSKRIVNING	6
KALLELSE TILL SAMORDNAD INDIVIDUELL PLANERING	6
SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN	7
MEDDELANDE OM UTSKRIVNINGSKLAR FRÅN SLUTENVÅRDEN	7
UTSKRIVNING FRÅN SLUTENVÅRDEN	8
ÅTERKALLANDE UTSKRIVNINGSKLAR	8
BARN OCH UNGDOM	8
FAST VÅRDKONTAKT	8
VÅRD I LIVETS SLUT (VILS)	9
VID UTBROTT AV SMITTSAM Sjukdom	9
LÄKEMEDEL	9
RUTINER FÖR LÄKEMEDELSNÄRA PRODUKTER	10
PERMISSION	10
EGENVÅRD	10
PSYKIATRISK VÅRD	10
PRINCIPER	11
AVVIKELSEHANTERING	12
SAMVERKANSPROBLEM OCH TVISTER	12
INFORMATIONSSKYLDIGHET	12
ÖVERENSKOMMELSENS GILTIGHET	13
REFERENSER	13
BILAGA 2: AKUTVÅRDSAVDELNING, AKUTKLINIKEN	15
BILAGA 3: PATIENTINFORMATION	16

Inledning

Vi i Kronoberg arbetar för att stödja människor till ett gott liv och möjlighet till en god livskvalitet utifrån sina förutsättningar.

Vid samordnad individuell planering och utskrivningsplanering överförs ansvaret för vård och omsorg från en vårdgivare till en annan. Den samordnade planeringen är ett av de viktigaste stegen i vårdkedjan för patienten i den gemensamma vård- och rehabiliteringsprocessen.

Tillämpning av lokalt samverkansavtal ska grunda sig på ömsesidig tillit och samförstånd mellan berörda parter. Kronobergaren ska uppleva delaktighet och trygghet inför och vid utskrivningen.

Detta dokument beskriver det lokala samverkansavtalet som är framtaget i samverkan mellan representanter för Region Kronoberg och länets kommuner. Avtalet bygger på lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård SFS (2017:612), Patientlagen (2014:821), socialtjänstlagen (2001:453) och lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade samt lag om egenvård SFS (2022:1250). Berörda aktörer är Region Kronobergs slutna hälso- och sjukvård, öppen vård och kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvård. Detta avtal omfattar även offentligt finansierade enheter i privat regi.

Systemägare, syfte och omfattning gällande Link mellan parterna regleras i avtalet ”regional samverkan E-hälsa”.

Definitioner

Hälso- och sjukvård

Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Kommunal primärvård

Den hälso- och sjukvård som utförs av personal anställd av kommunerna, är en del av primärvården. Insatserna utförs av leg. sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut och på ordination eller delegering av dessa. Insatserna utförs i särskilda boendeformer och i ordinärt boende hos patienter som är berättigade till kommunal primärvård.

Omsorgsgivare

Statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver verksamhet för äldre personer eller personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Sluten vård

Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom regional eller kommunal primärvård.

Socialtjänst

Insatser för en enskild enligt författningarna om socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade samt insatser enligt de särskilda författningarna om vård utan samtycke av unga eller missbrukare.

Regional primärvård

Innefattar både öppenvårdsmottagningar inom specialistvården och verksamheterna på vårdcentralerna. I de flesta fall innebär det närsjukvård/vårdcentral eller psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Begreppet omfattar även offentligt finansierade enheter i privat regi.

Patientinformation

Meddelande från kommunal primärvård angående tidigare insatser med adekvat patientinformation samt orsak till vad som föranleder sjukhusbesöket ska medfölja patienten.

Samordnad individuell planering

Samordnad individuell planering består av olika delprocesser för att en obruten vårdkedja mellan slutenvård, kommun och regional primärvård ska bli till.

Samordnad individuell plan (SIP)

En individuell plan i enlighet med 16 kap. 4 § hälso och sjukvårdslagen (2017:30) 2 kap. socialtjänstlagen (2001:453).

Barnens bästa plan

En samordnad individuell plan som används för barn upp till den månad man fyller 18 år.

Vårdgivare

Statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso och sjukvårdsverksamhet.

Vård i livets slutskede

När den enskilde har en diagnos på en livshotande sjukdom, en förväntad överlevnad på mindre än fyra veckor och något ytterligare inte kan göras för att förlänga eller förbättra funktionsförmågan utan att försämra livskvaliteten och öka lidandet, kan läkaren bedöma att den enskilde är i livets slutskede.

Viktiga steg i processen

- Inskrivningsmeddelande ska skickas från slutenvården inom 24 timmar eller omgående när ett behov av kommunala insatser identifierats.
- Regional primärvård/specialiserad öppenvård ska utse fast vårdkontakt. Vid behov av SIP ansvarar den fasta vårdkontakten/vårdkoordinatören för att en kallelse upprättas med tid och plats. Kommun och slutenvård är dock inte förhindrade att kalla till SIP. Om SIP är aktuell ska detta framgå i Link innan patienten skrivs ut från slutenvården.
- Planeringen inför hemgång ska påbörjas direkt efter att inskrivningsmeddelandet har mottagits
- Utskrivningsplan görs på alla inneliggande patienter av kommunen och ges till patienter vid hemgång från slutenvården.
- När ansvarig läkare har gjort den medicinska bedömningen att patienten är medicinskt färdig från slutenvården skickas meddelande om utskrivningsklar.
- Slutanteckning, omvårdnadsepikris och läkemedelslista ska vara klara och synliga i Cosmic vid utskrivning från avd.
- Om SIP är aktuell ska detta framgå i Link innan patienten skrivs ut från slutenvården.

Inskrivningsmeddelande

För att ett inskrivningsmeddelande ska få skickas måste patienten ge sitt samtycke till att kontakt tas och att uppgifter får lämnas till/hämtas från kommunen och öppenvården.

Inskrivningsmeddelandet ska skickas inom 24 timmar från det att patienten blivit inskriven i slutenvården eller när behov identifierats. Meddelandet innehåller ett första preliminärt utskrivningsdatum. Tidpunkt för beräknad utskrivning uppdateras efter 1: a rond och nytt meddelande skickas med beskrivning av fortsatt planerad vård. Kommer inskrivningsmeddelandet på helg ska beräknat tidpunkt för utskrivning vara tisdagens datum men ska uppdateras på måndagens 1: a rond.

Inskrivningsmeddelandet skrivs enligt SBAR. (situation, bakgrund, aktuellt, råd). S= varför kom patienten in, B= kort hälsohistoria, A= aktuellt som slutenvården ska genomföra, R= råd till kommunerna, vad kan tänkas behövas inför hemgång.

Varje yrkesprofession har i generella meddelande en egen namngiven tråd där de ger information och ställer frågor och får svar som behövs för att ge en god vård och förbereda för en trygg hemgång. Biståndshandläggare, sjuksköterskor, rehab personal och vårdkoordinatorerna ska i sina trådar ange vilka insatser patienter har i nuläget. Alla aktörer från kommun bemannar sig med namn, och telefonnummer under rubriken aktörer i Linkärendet. Utskrivningssamordnarna och vårdkoordinatorerna skriver sitt namn och telefonnummer i sin tråd i Linkärendet.

Meddelande om beräknad tidpunkt för utskrivning

Beräknad tidpunkt för utskrivning är ett datum där ansvarig läkare uppskattar patientens tid på slutenvården utifrån dess hälsotillstånd och behandling. Detta datum kan justeras och då ska slutenvården skriva varför det justeras i meddelandets kommentarruta samt ge en kort beskrivning av den fortsatta planeringen.

Är patienten inskriven på akutvårdsavdelning (CLV) eller observationsplats (LL) är patienten inskriven som ett enskilt mottagningsbesök och är under observation som längst i 36 timmar. Dessa patienter finns inte i Link utan kommunikation sker via telefon. Överstiger observationstiden 36 timmar ska patienten bli inskriven på en avdelning om indikationen är medicinsk. Undantag är vid utbrott av smittsamma sjukdomar.

Kallelse till samordnad individuell planering

När SIP är aktuellt och det är möjligt att bedöma patientens behov är det den regionala primärvården som har en sammanhållande roll vid SIP. Den fasta vårdkontakten/vårdkoordinatorn i den regionala primärvården ansvarar för att en kallelse upprättas med tid och plats i samråd med patienten och övriga aktörer. Kommun och slutenvård är dock inte förhindrade att kalla till SIP.

Planeringen ska utgå från den enskildes behov och önskemål av insatser från hälso- och sjukvård, omsorg och socialtjänst. Om aktör saknar behörighet till Link ansvarar respektive profession med behörighet för att aktören blir involverad.

Om aktörer utanför region/kommun ska delta i en SIP, är det den regionala primärvården som ansvarar för att kallelse skickas till dessa aktörer. Är det kommun eller slutenvård som kallat till SIP är de ansvariga för att externa aktören får kallelsen. I komplexa ärenden bör SIP upprättas innan utskrivning från slutenvården.

En SIP kan innebära att alla berörda aktörer medverkar samtidigt men kan också vara uppdelad på flera mindre möten. SIP:en kan upprättas genom digitala eller fysiska möten. Det är också möjligt att ha möten där vissa aktörer deltar digitalt och andra fysiskt.

Oavsett var och hur planeringsmötet sker ska det utgå från patientens perspektiv och ta hänsyn till dennes integritet, värdighet och ska ske när det är som mest optimalt för patienten.

Samordnad individuell plan

Vilken enhet som ansvarar för respektive insats ska tydligt anges. Om en patient har flera behandlande läkare ska det framgå. Vid överlämnande av patientansvar gäller att fram till dess slutenvårdsläkaren förvärvat sig om att en läkare i öppenvården övertagit det medicinska ansvaret ligger det medicinska ansvaret kvar på den enhet där patienten vistats.

Av den samordnade individuella vårdplanen ska följande framgå

- namnet på fasta vårdkontakter och vid behov fast läkarkontakt.
- vilken av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.
- hur barnperspektivet tagits tillvara i planen, när SIP för barn är aktuellt.
- vilka insatser som behövs och vem som ansvarar för vad så patienten vet vem hen ska vända sig till i olika situationer.
- vilka insatser som ska vidtas av någon annan än region eller kommun till exempel arbetsförmedling, försäkringskassa eller andra, offentliga eller privata aktörer.
- vilka mål som finns för de planerade insatserna, kort och lång sikt.
- hur de planerade insatserna ska följas upp, vem som ansvarar för uppföljningen, när uppföljningen ska göras samt vem som kallar till nytt möte om behov föreligger.

Enligt den lokala överenskommelsen ”Rutiner för Landstinget Kronobergs förskrivare gällande hjälpmedel som faller under kommunens kostnadsansvar” ska, om behov föreligger innan permission eller utskrivning, patientens hjälpmedelsbehov bedömas av arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast. Bedömningen ska ske enligt rutiner för slutenvårdens förskrivare gällande hjälpmedel som faller under kommunens kostnadsansvar.

Meddelande om utskrivningsklar från slutenvården

Meddelandet skickas när den ansvariga läkaren anser att patienten inte längre är i behov av sjukhusvård, dvs ”medicinskt färdigbehandlad” och kan fortsätta sin behandling via kommunal och regional primärvård. Utskrivningsklar med klockslag före 12.00 i Link anses inkommen samma dag. Utskrivningsklarsdatum ska vara samma datum som beräknat tidpunkt för utskrivning. Utskrivningsklar med klockslag efter 12.00 i Link anses inkommen nästkommande dag. Patienter ska vid utskrivning lämna slutenvården fram till 15.00.

Kommunen meddelar i tråden ”meddelande om utskrivningsklar”, datum och klockslag när patienten är välkommen hem. Slutenvården meddelar när transport är bokad i samma tråd. Om överenskommelse är gjord och detta kan ske på ett tryggt och säkert sätt kan patienter skrivas ut även efter klockan 15.00 samt lördagar och söndagar. Vid akuta förändringar gällande samma dag som planerad hemgång kommuniceras det per telefon till kommun.

Utskrivning från slutenvården

En osignerad slutanteckning/omvårdnadsepikris gäller likaväl som en signerad och kan skrivas ut av kommunen. Skulle en ändring ske efter utskrivning ligger ansvaret på ansvarig läkare/sjuksköterska att meddela kommunen om ändringen. Slutanteckning, omvårdnadsepikris och läkemedelslista ska vara klara och synliga i Cosmic vid utskrivning från avd.

Hemgång bör ske tidig förmiddag för att ge de bästa förutsättningarna för ett gott mottagande i kommunen. I de fall personal ska möta upp patienten vid hemgång ska detta framgå i tråden för utskrivningsklarsmeddelandet i Link. Vid akut förändring samma dag avseende planerad hemgång kommuniceras det per telefon till berörda aktörer. När beslut om hemgång är klar från kommunen ska slutenvården meddela patient och anhöriga. Aktuella telefonlistor finns på Region Kronobergs vårdgivarwebb ”Link samlingsida/Cosmic samlingsida”. Alla Linkärenden som inte blir en SIP avslutas av den regionala primärvården.

Återkallande utskrivningsklar

Återkallande kan ske när som helst i processen och beslutas av den behandlande läkaren. Orsaken till det återkallade meddelandet ska dokumenteras i Link. Ny beräknad tidpunkt för utskrivning anges utan dröjsmål.

Slutenvården ska meddela kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvård när en patient avlider inom slutenvården. Datum och klockslag för dödsfall ska skrivas i ett generellt meddelande med rubrik ”avliden”. Utskrivningssamordnarna avslutar dessa Linkärenden.

Barn och ungdom

I Link hanteras ärenden som rör barn och ungdom på samma sätt som för vuxna. Om SIP upprättas för ett barn eller ungdom kallas den för barnens bästa plan. Barnens bästa plan är utformad för att stödja barns och ungdomars speciella behov och förmågor. En plan för samordning och genomförande ska utgå från Barnkonventionen. I alla överväganden som rör enskilt barn ska barnet ges möjlighet att uttrycka sin mening och få den respekterad. Principen om barnets bästa ska följas. Avgörande för om barnet eller ungdomen ska delta i planeringen är barnets ålder och mognad. Bedömningen görs i varje enskilt fall. Om inga särskilda hinder föreligger ska barnets vårdnadshavare medverka vid upprättandet av utskrivningsplan och/eller barnens bästa plan. Om en planering av vård och omsorg berör ett barn som anhörig bör barnet erbjudas att delta, men särskild hänsyn ska tas till barnets ålder, mognad och förmåga.

Region Kronoberg ansvarar för alla individuella tekniska hjälpmedel till barn och ungdomar upp till 18 år. I ansvaret ingår också att tillhandahålla rehabiliteringsinsatser från fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut.

Fast vårdkontakt

När den regionala primärvården har tagit emot ett inskrivningsmeddelande utser de en fast vårdkontakt. Om patienten har fast vårdkontakt hos fler än en vårdgivare ska de fasta vårdkontakterna kunna samverka och samordna insatser.

Den fasta vårdkontaktens ansvar beskrivs i Patientlagen (2014:821) kap 6. Där anges att en fast vårdkontakt ska utses för patienten om hen begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Livsuppehållande behandling och livshotande tillstånd

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS (2011:7) om livsuppehållande behandling anges: 2 kap 3 § Verksamhetschefen ska ansvara för att det för en patient med ett livshotande tillstånd ska utses en legitimerad läkare som fast vårdkontakt. Detta ska göras så snart som möjligt efter det att en behandlande läkare har konstaterat tillståndet. Med livsuppehållande behandling avses behandling som ges vid livshotande tillstånd, behandling för att upprätthålla en patients liv.

Vård i livets slut (VILS)

När den enskilde har en diagnos på en livshotande sjukdom, en förväntad överlevnad på mindre än fyra veckor och något ytterligare inte kan göras för att förlänga eller förbättra funktionsförmågan utan att försämra livskvaliteten och öka lidandet, bedömer ansvarig läkare att den enskilde är i livets slutskede. Vid samarbete och planering som gäller patient i vård i livets slut är det särskilt viktigt att patientens vilja får styra och att etiska överväganden är överordnade vårdplatser och ekonomi både för kommun och region. Patienten och dess anhöriga ska alltid bli informerade om vilka möjligheter som kan erbjudas både från slutenvården och kommunerna i form av hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser. Patienten har rätt att välja om han eller hon vill vårdas på sjukhus eller inom kommunal vård och omsorg när VILS är beslutad. Bedömningen av förväntat dödsfall ska vara gjord och dokumenterad i hälso- och sjukvårdsjournalen. Ett VILS-underlag gäller i 14 dagar, därefter ska det förnyas. Ansvarig läkare som skriver VILS-underlaget ska också skriva dödsorsaksintyget.

Vid utbrott av smittsam sjukdom

Om patient uppvisar symtom på att vara smittad ska slutenvården meddela detta till kommunen i sjukskötersketråden i Link och meddelande om nytt beräknat utskrivningsdatum skickas.

Läkemedel

Det ligger i respektive vårdgivares ansvar att läkemedel medföljer patienten vid in- och utskrivning. Aktuella läkemedelslistor samt läkemedel som ögondroppar, inhalations- samt licenspreparat ska medfölja patienten till sjukhuset.

När en patient med dosdispenserade läkemedel blir inlagd på sjukhus ansvarar sjuksköterskan i kommunal primärvård för att leverans av dospåsar läggs vilande i Pascal. För patienter med dosdispenserade läkemedel ska ordinationerna på läkemedelslistan vara uppdaterade vid utskrivning. När en patient har dosdispenserade läkemedel ska slutenvården skicka med/beställa nya akutrullar. För övriga patienter ska läkemedel medskickas i läkemedelspåsar och/eller originalförpackningar.

Läkemedel iordningställs och skickas med för 2 dagar. Infaller en röd dag/helg under dessa 2 dagar skickas läkemedel med för extra dagar. Om extra läkemedel behövs skrivs detta i sjukskötersketråden i Link. I tråden beskrivs vilka läkemedel som behövs och för hur lång tid. Om det inte skett några ordinationsförändringar på läkemedel insatta under vårdtiden behöver inga läkemedel skickas med hem, om inte något annat är överenskommet.

I samband med utskrivning blir patientens läkemedelslista i Cosmic tillgänglig för kommunens hälso- och sjukvård i Link. Läkemedelslistan anses då signerad av den behandlande läkaren. Läkemedelshanteringen måste fungera från den dag patienten kommer hem.

Rutiner för läkemedelsnära produkter

Vilka läkemedelsnära produkter patienten ska ha, skrivs in i omvårdnadsepikrisen i patientens journal. Material medskickas vid behov för max två veckor. Sjuksköterskan i kommunen meddelar i sjukskötersketråden i Link till slutenvården om behov finns. För mer information se överenskommelse gällande läkemedelsnära produkter.

Permission

Med permission avses att en patient går hem på prov till sitt ordinära/särskilda boende under vårdtiden. Slutenvården har det medicinska ansvaret under permissionen. Slutenvården ska skicka med läkemedel så behovet täcks under permissionen. Läkemedlen ska vara fördelade i påsar eller dosett (egenvård). Om behov av insatser av HSL, SoL eller LSS finns under permission ska de i god tid planeras i samråd med kommunen. När behov finns upprättas ett lokalt avtal mellan berörd kommun och klinik. Kostnadsansvaret regleras.

Egenvård

Egenvård kallas den sjukvård som en patient som inte är hälso- och sjukvårdspersonal utför och tar ansvar för. För att även den vården ska vara säker och med god kvalitet ställs vissa krav på hur insatsen bedöms, planeras och överlämnas. Finns behov av hjälp med egenvård ska egenvårdsintyg skrivas av legitimerad personal som bedömt att egenvården kan ske patientsäkert. Detta är reglerat i avtal mellan länets kommuner och Region Kronoberg. För mer information var god se Lagen om egenvård 2022:1250.

Psykiatrisk vård

Då en ineliggande patient vårdas med tvång enligt SFS (1991:1128) lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller enligt SFS (1991:1129), lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) gäller samma regler kring samordnad individuell planering som när patienten vårdas under frivilliga former enligt hälso- och sjukvårdslagen. För en patient som erhåller psykiatrisk tvångsvård enligt LPT görs även en läkarbedömning och vid förlängning beslutar förvaltningsrätten om fortsatt tvångsvård eller inte. För en patient som erhåller rättspsykiatrisk vård enligt LRV görs en psykiatrisk läkarbedömning och domstol utfärdar ett beslut om tvångsvården ska upphöra eller inte. Detta gäller vid LRV med särskild utskrivningsprövning (sup). Vid LRV utan särskild utskrivningsprövning beslutar läkaren om tvångsvården skall upphöra men förvaltningsrätten beslutar om förlängning.

Enligt § 7 LPT och § 12 a LRV ska en vårdplan fogas till en ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård respektive öppen rättspsykiatrisk vård. Planen ska innehålla uppgifter om det bedömda behovet av insatser från slutenvårdens hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård samt uppgifter om vilken enhet vid Region Kronoberg eller kommunen som ansvarar för respektive insats och eventuella åtgärder som ska vidtas av andra än Region Kronoberg och/eller kommunen, till exempel Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen. En förutsättning för att öppen psykiatrisk tvångsvård respektive rättspsykiatrisk vård ska kunna fungera är att både slutenvårdens hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst och kommunal primärvård medverkar aktivt och ger nödvändigt vårdstöd- och serviceinsatser när det behövs. Vårdplanen kan genomföras digitalt och då behöver inte alla involverade aktörer skriva under. Det räcker med att man godkänner planen muntligt. Det skrivs in i planen att alla har fått den uppläst och godkänt innehållet via videolänk. Dock ska alla involverade aktörers fullständiga namn och yrkestitel finnas med i planen. Överläkare och patient skriver under planen som sedan skickas till förvaltningsrätten.

För den enskilde är det viktigt att socialtjänsten utreder behoven av insatser skyndsamt. I förekommande fall kan det krävas att kommunens socialnämnd beslutar om biståndsinsatser innan en ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård lämnas till förvaltningsrätten. Detta understryker vikten av att planeringen påbörjas tidigt. Om en patient, som genom beslut i förvaltningsrätten, ska ha öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård, inte kan flytta ut från sjukhuset på grund av att kommunens insatser inte kan fullgöras omedelbart, ska patienten erbjudas vårdplats på sjukhuset och vårdas enligt öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård och får inte utsättas för tvångsvårdande åtgärder.

Varje kommun har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Undantag finns från vistelsekommunens ansvar i förhållande till andra kommuner. Den kommun som den enskilde är folkbokförd i ansvarar för bistånd, stöd och sociala tjänster till den som vistas i kriminalvårdsanstalt eller vårdas på sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning på initiativ av någon annan än kommunen. Skyldigheten att svara för bistånd, stöd och sociala tjänster gäller både under vistelsen på anstalten eller sjukhuset och i anslutning till att vården upphör.

I 25 kap. 12 § och 26 kap 9 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) finns undantag som innebär att myndigheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten får lämna uppgifter till varandra om enskild som ges psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård. En förutsättning för att uppgiftslämnandet får ske är att det behövs för att patienten ska få nödvändig vård, behandling eller annat stöd. Av § 43 LPT och § 24 LRV framgår att uppgifter om en patient ska lämnas ut från hälso- och sjukvården och socialtjänsten om det behövs för att chefläkaren ska kunna fullgöra sina skyldigheter enligt lagen. Det innebär att personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården har långtgående ansvar att lämna ut uppgifter till varandra om en patient inte följer de villkor som gäller för öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård.

Principer

Länets ledningsgrupp har gemensamt tagit fram principer för samverkan enligt följande:

- Ömsesidigt ansvar för att förbättra hemtagning av utskrivningsklara patienter.
- I det fall någon av parterna inte lever upp till in-/utskrivningsprocess enligt överenskommen rutin tas en kontakt direkt mellan ansvarig förvaltningschef/hälso- och sjukvårdsdirektör.
- Om någon av parterna, trots kontakt och dialog, fortsatt brister i arbetet enligt överenskommen rutin skrivs en handlingsplan.
- Om en kommun vid uppföljning av handlingsplan fortsatt brister i arbetet enligt överenskommen rutin faktureras kommunen för utskrivningsklara patienter enligt rutin som beskrivs i denna överenskommelse.

Betalningsansvar

Utskrivningsklar med klockslag före 12.00 i Link anses inkommen samma dag och om möjligt ska kommunen ta hem dagen efter. Utskrivningsklar med klockslag efter 12.00 i Link anses inkommen nästkommande dag och hemtagning kan förskjutas en dag om behov av detta behövs för en trygg och säker hemgång. Om antalet dagar i genomsnitt* per patient i slutet vård efter utskrivningsklar överskrider 2,4 kalenderdagar under två (2) månader efter varandra, ska en handlingsplan skrivas av kommunens verksamhetschef. Handlingsplanen ska innehålla åtgärder så att kommunen hamnar på /under 2,4 dagar i genomsnitt kommande månad. Klarar kommunen detta avslutas handlingsplanen. Skulle handlingsplanen och åtgärder inte leda till att kommunen hamnar på/under 2,4 kalenderdagar i genomsnitt under kommande månad revideras handlingsplanen av berörd kommun med nya åtgärder. Om dessa nya åtgärder i handlingsplanen inte ger resultat under kommande två (2) månader utfaller en betalning för de månader som överskridits med 2,4 kalenderdagar i genomsnitt. Handlingsplan redovisas i samverkan mellan förvaltningschef och

sjukhuschef/hälso- och sjukvårdsdirektör. Statistik gällande utskrivningsklara per kommun tas fram inför varje läns-gemensamt ledningsmöte. Om en betalning utfaller följs Socialstyrelsens föreskrifter om belopp för vård av utskrivningsklara patienter. Fakturering kommer att utfalla på alla utskrivningsklara patienter som överskrider 2,4 dagar.

Exempel 1:

Kommun A hamnar på 3,25 dagar i genomsnitt i januari. Genomsnittet för februari blir 2,6 dagar. Handlingsplan skrivs för åtgärder så att följande månad mars hamnar på/under 2,4 kalenderdagar i genomsnitt. Mars blir resultatet 1,9 dagar i genomsnitt. Handlingsplan avslutas, ingen fakturering sker.

Exempel 2:

Kommun A hamnar på 3,25 dagar i genomsnitt i januari. Februari 3,0 dagar i genomsnitt. Handlingsplan skrivs för åtgärder så att följande månad mars hamnar på/under 2,4 kalenderdagar i genomsnitt. Resultatet följande månad (mars) blir trots handlingsplan 2,7 dagar i genomsnitt. Handlingsplanen revideras med nya åtgärder. Överskrider kommunen fortsatt 2,4 dagar i genomsnitt under kommande 2 månader (april, maj) utfaller en betalning för de månader som överskridits med 2,4 kalenderdagar i genomsnitt (mars, april, maj).

** Genomsnittligt antal överskridna dagar från utskrivningsklara beräknas som medeltal för samtliga inneliggande patienter med samordningsärenden från respektive kommun inom aktuell kalendermånad.*

Systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas enligt SOSFS (2011:9). Ledningsgruppen för samordning av länets hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola ansvar är att:

- samverkansavtalet följs upp och revideras.
- en uppföljning görs vart tredje år eller vid behov tidigare.
- utifrån resultatet revidera och vidareutveckla samverkansavtalet.

Avvikelsehantering

När en avvikelse rapporterar rör samverkan mellan olika vårdgivare gällande planeringsprocessen är det av största vikt att goda rutiner tillämpas för hantering av dessa avvikelser. För avvikelse rapportering används Regionens avvikelse system. Det är viktigt att alla berörda parter - även över huvudmannagränserna - blir informerade om vad som hänt och därigenom får möjlighet att förebygga liknande händelser i framtiden. Händelseanalys kan med fördel göras gemensamt. Genomgång av de avvikelse rapporter som har gällt planeringsprocessen mellan olika vårdgivare ska äga rum enligt rutin för avvikelsehantering avseende hälso- och sjukvården i länets kommuner och Region Kronoberg.

Samverkansproblem och tvister

Om samverkansproblem eller tvister uppstår kring ansvarsfrågor, betalningsansvar eller i samverkan kring den enskilde ska dessa hanteras av särskilt utsedda företrädare för respektive huvudman, d.v.s. personer ur ledningsgruppen för samordning av länets hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola. Samverkansproblem och tvister ska lösas skyndsamt och återkoppling ska ske till berörda parter.

Informationsskyldighet

Respektive part har ett ansvar att inom sin organisation informera berörda medarbetare om samverkansavtalet.

Överenskommelsens giltighet

Denna överenskommelse gäller i tre år från 2024-11-04.

Överenskommelsens parter är länets åtta kommuner och Region Kronoberg.

Överenskommelsen kan sägas upp i sin helhet och för samtliga parter efter beslut i länets ledningsgrupp för samordning av länets hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola.

I det fall en kommun ej antar eller ensidigt säger upp överenskommelsen gäller rutiner och hantering av betalningsansvar i enlighet med Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, SFS (2017:612).

Referenser

- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- Lag (2022:1250) om egenvård
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS (2011:9)
- Lag (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation
- Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
- Patientlagen (2014:821)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Psykiatrisk tvångsvård (1991:1128)
- Rättspsykiatrisk vård (1991:1129)
- Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2007:10)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling.
- Socialtjänstlagen (2001:453)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLFS-FS 2017:37)

Bilaga 1: Information till dig som har en planerad operation



Hemtjänst

Om du anser att du behöver hjälpinsatser från kommunen efter din utskrivning från sjukhuset är du välkommen att kontakta din kommun i god tid innan inläggning.

Hemtjänstinsatserna bedöms efter dina individuella behov av en biståndshandläggare. Ansökan görs hos din kommun. Det kan handla om hjälp med inköp, matdistribution, personlig omvårdnad eller trygghetslarm.

Hjälpmedel

Om du anser att du behöver hjälpmedel efter operationen kontakta din kommun. En arbetsterapeut eller sjukgymnast gör då en bedömning av vilka åtgärder som behöver vidtagas inför operationen. Det kan handla om hjälpmedel för att underlätta förflyttningar, uppresningar eller personlig hygien.

Du som fått en kallelse där det står att ni ska ta kontakt med kommunen angående hjälpmedel ska alltid göra det.

Samordning

Om du har behov av samordning av din vård kontakta vårdkoordinatören på din vårdcentral

Hit vänder ni er:


Kommun

Alvesta kommun
Lessebo kommun
Ljungby kommun
Markaryds kommun
Tingsryds kommun
Uppvidinge kommun
Växjö kommun
Älmhults kommun

Telefon

0472-15000
0478-12500
0372-789000
0433-72000
0477-44100
0474-47000
0470-41000
0476-55000

Bilaga 2: Akutvårdsavdelning, Akutkliniken

 REGION KRONOBERG	Titel: Riktlinjer för kontakter med kommunerna. Enhet: Akutvårdsavdelningen Giltigt till: 2025-03-01 Utarbetad av: Cecilia Saltin Fastställd av: Clas Hjertqvist Revision: vart tredje år samt vid förändring.
Akutvårdsavdelning (AVA)	
<p>Vardagar dagtid</p> <p>Kommunal primärvård</p> <p>För patienter som vårdas på Akutvårdsavdelningen, AVA, och som har kontakt med kommunal primärvård eller har behov av kommunal primärvård gäller följande:</p> <ul style="list-style-type: none">• Kommunikation Ansvarig sjuksköterska på sjukhuset ska kontakta ansvarig sjuksköterska i kommunen via telefon och informera om att patienten ska skrivas ut och rapportera över patienten.• Läkemedel Patienter med dosdispenserade läkemedel ska ha en uppdaterad läkemedelslista i Pascal. Övriga patienter ska ha en uppdaterad läkemedelslista i Cosmic. Om patienten fått nytt läkemedel insatt och det föreligger svårigheter för patienten/kommunal primärvård att tillhandahålla det ska AVA skicka med läkemedel efter överenskommelse.• Hjälpmedel Om behov av hjälpmedel är aktuellt kontaktas kommunernas arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast via telefon av sjuksköterskan/paramedicin på AVA. <p>Hemtjänst</p> <p>För patienter som vårdas på Akutvårdsavdelningen, AVA, och som redan har kommunal hemtjänst eller anses ha behov av hemtjänst (kommunal/privat) gäller följande:</p> <ul style="list-style-type: none">• Samma eller utökat behov av hemtjänst Samordnare kontaktas i respektive kommun• Inga hemtjänstinsatser i nuläget Biståndshandläggare ska kontaktas. <hr/> <p>Kvällar, nätter och helger</p> <p>Sjuksköterskan på AVA kontaktar utsedd jourfunktion enligt lista för att undersöka möjlighet till hemgång. För stöd i bedömning av insatser kan en ADL-bedömning göras på AVA. Ledningsansvarig sjuksköterska på AVA är den person som kommunen kontaktar.</p>	

Lathund för dig som ska fylla i blanketten

- Kontaktmannen ska i förväg fylla i de mörkgrå fälten. Ange i första hand mobil nummer om det finns.
- Sjuksköterskan ska i förväg fylla i det ljusgrå fältet, för överkänslighet ska källa anges.
- Patientinformationen ska uppdateras av fast omsorgskontakt/kontaktman var tredje månad eller vid förändring.
- Den person som är med då patienten åker till regionens primärvård eller slutenvård ska fylla i det som den har vetskap om i de vita fälten.
- Om sjuksköterska är närvarande då patienten åker till regionens primärvård eller slutenvård ska relevant information vara angivet på blanketten.