

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner

Fastställd av	Handläggare	Gäller fr o m	Dokumentnummer	Version	Sida
Jan Brithon	Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	2007-08-21	QR 111-I-01	4	

Informationsöverföring

&

Samordnad vårdplanering



Kommun



Familjeläkarmottagning
eller psykiatrisk öppenvård



Slutenvård

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner

Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr o m 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida
-------------------------------------	---	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------	------

Innehållsförteckning

	Sid
1 Syfte	4
2 Omfattning	
3 Ansvar	
4.1 Flödesschema vådrapport	5
4.2 Flödesschema samordnad vårdplanering	6
5 Vådrapport	7
5.1 Vådrapport från kommun, familjeläkarmottagning eller psykiatrisk öppenvård.	
5.2 Om patienten inte blir inskriven	
5.3 Aktivitetsförmåga/funktionsförmåga	
5.4 Lathund för aktivitetsförmåga/funktionsförmåga	
6 Inskrivningsmeddelande	9
6.1 Vilka patienter kan i första hand bli aktuella	
6.2 Vid byte av avdelning	10
6.3 Vid byte av sjukhus	
7 Samordnad vårdplanering	10
7.1 Beskrivning av samordnad vårdplanering	
7.2.1 Bedömning av rehabiliteringsåtgärder och hjälpmedelsbehov inför vårdplanering vid somatisk vård	11
7.2.2 Bedömning av rehabiliteringsåtgärder och hjälpmedelsbehov inför vårdplanering vid psykiatrisk vård	13
7.3 Kallelse till vårdplanering	14
7.4 Vårdplan	
8 Utskrivningsmeddelande	15
8.1 Beskrivning av utskrivningsklar patient	
8.2 Utskrivningsmeddelande	16
8.3 Framflyttning av utskrivningsdatum	
8.4 Extra meddelande	17
8.5 Utskrivningsmeddelande med läkemedelslista	
8.6 Slutanteckning (Epikris)	
9 Vårdförutsättningar ändrade	17
10 Avvikelse rapportering avseende informationsöverföring och samordnad vårdplanering	17

Bilagor:

Bilaga 1	Lathund
Bilaga 2	Broschyr "Vårdplanering"
Bilaga 3	Blankett vid avvikelshantering
Bilaga 4	Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård (SOSFS 2005:27) Föreskrifter och allmänna råd.
Bilaga 5	Lokalt avtal landsting – kommuner i Västmanland

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner

Fastställd av	Handläggare	Gäller fr o m	Dokumentnummer	Version	Sida
Jan Brithon	Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	2007-08-21	QR 111-I-01	4	

0. Definitioner/begrepp

Inskrivningsmeddelande:

Inskrivningsmeddelande är ett skriftligt meddelande från den slutna hälso- och sjukvården om att en patient har skrivits in och kan komma att behöva fortsatta insatser efter utskrivningen.

Utskrivningsmeddelande:

Utskrivningsmeddelande är ett skriftligt meddelande om att en patient planeras att skrivas ut från den slutna hälso- och sjukvården, där utskrivningsklardatum och beräknad hemgångsdatum ska framgå.

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner

Fastställd av	Handläggare	Gäller fr o m	Dokumentnummer	Version	Sida
Jan Brithon	Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	2007-08-21	QR 111-I-01	4	

1. Syfte

Denna instruktion är ett resultat av material framtaget av en projektgrupp med representanter från länets kommuner och Landstinget Västmanland. Det grundar sig på föreskriften SOSFS 2005:27, samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård och lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (1990:1404). Det IT-stöd som hanterar informationsöverföringen i Västmanland är Prator.

Innehållet i detta dokument har tagits fram för att beskriva förloppet kring informationsöverföring och samordnad vårdplanering i samband med slutenvård.

Instruktionen är med andra ord en vägledning för samarbete vid inläggning, vistelse och utskrivning från slutenvården.

2. Omfattning

Dokumentet vänder sig till berörd personal inom kommunerna och landstinget i Västmanland.

3. Ansvar

Landstinget och kommunerna i Västmanland har gemensamt ansvar för att informationsöverföringen mellan huvudmännen fungerar.

I ansvaret ligger att kontinuerligt följa upp arbetet kring informationsöverföring och samordnad vårdplanering, genom systemförvaltningsrådet bestående av företrädare för landstinget och kommunerna i Västmanland.

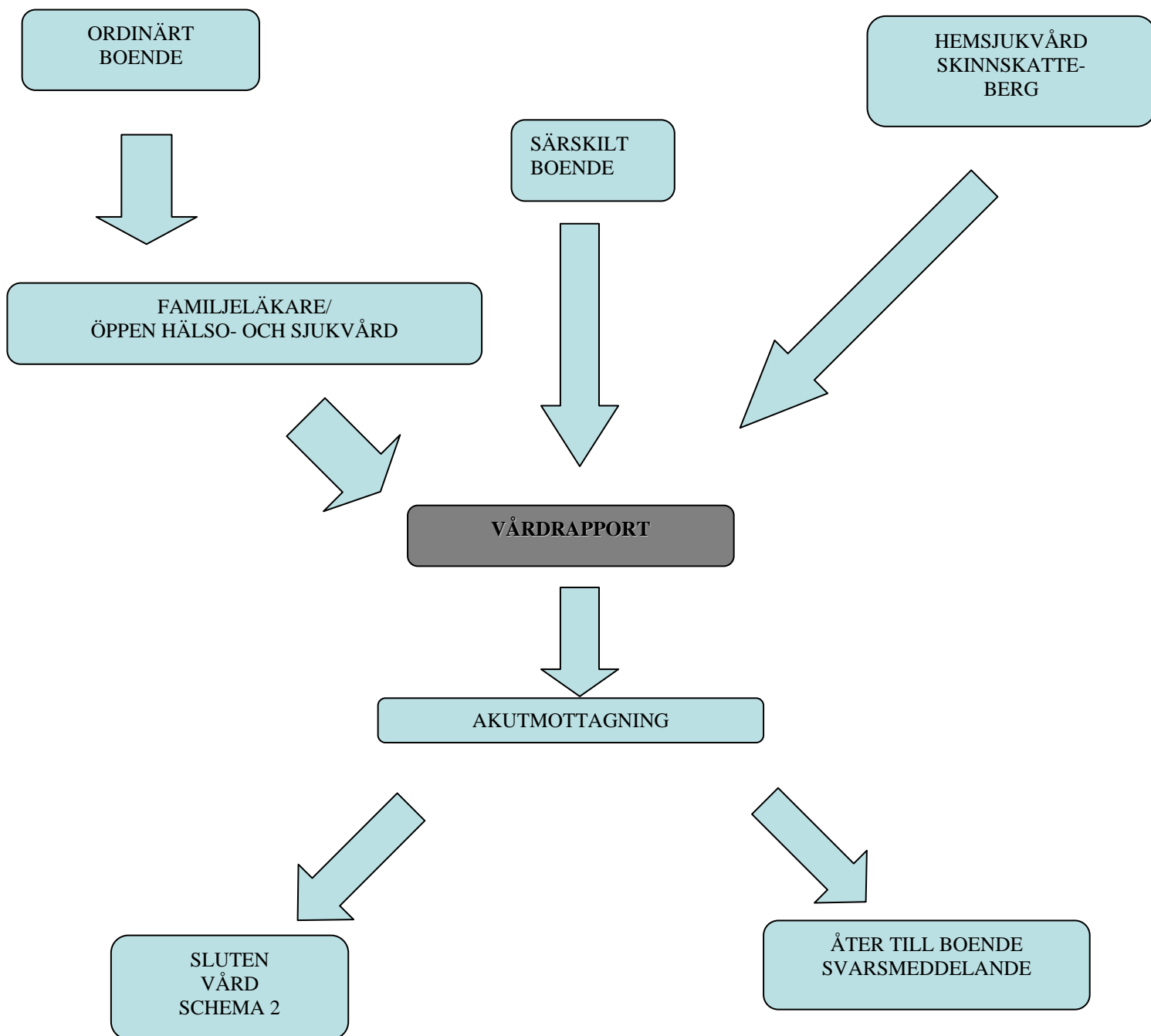
Avdelningschef/enhetschef/verksamhetschef är ansvarig för att dokumentet ska finnas tillgängligt och vara känt hos alla berörda enheter inom Landstinget och kommunerna i Västmanland och för att nyanställd personal informeras om instruktionen.

Utöver det som dokumenteras i Prator har var och en ett eget dokumentationsansvar enligt gällande lagstiftning.

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida 5

4.1 Flödesschema vådrapport

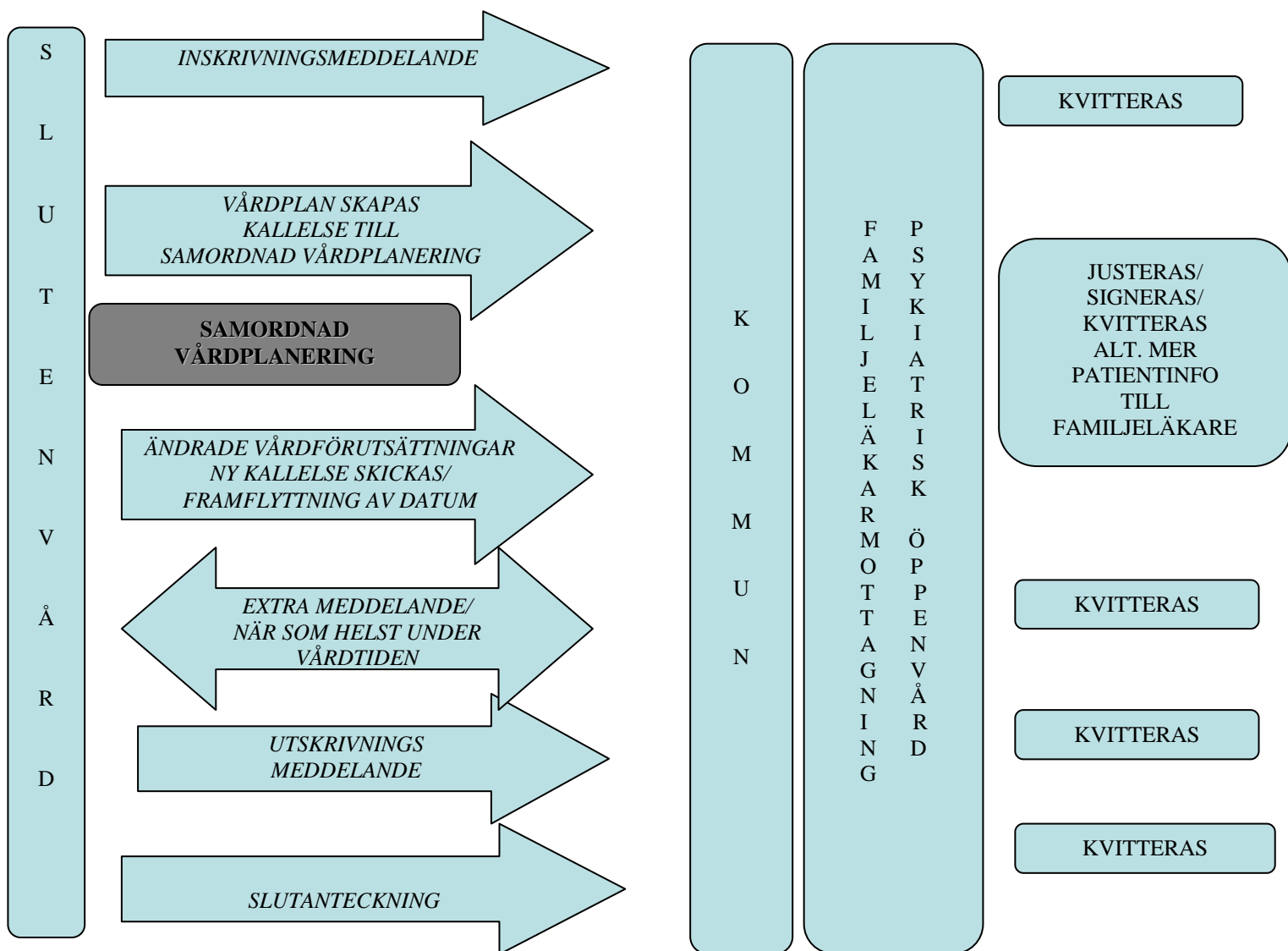
SCHEMA 1 VÅDRAPPORT



Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställt av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

4.2. Flödesschema samordnad vårdplanering

SCHEMA 2 SAMORDNAD VÅRDPLANERING



Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

5. Vårdrapport

5.1 Vårdrapport från kommun, familjeläkarmottagning eller psykiatrisk öppenvård, ska skrivas då en patient är i behov av akut sjukvård.

Vårdrapporten innehåller bl.a. uppgifter om orsak till sjukhuskontakt, aktivitets- och funktionsförmåga innan insjuknandet, aktuella läkemedel, boendeform, uppgift om närstående samt ansvariga personer inom kommun och familjeläkarmottagning/psykiatrisk öppenvård.

Vårdrapporten skickas elektroniskt i Prator av tjänstgörande sjuksköterska.

I brådskande fall när sjuksköterska inte finns tillgänglig kan annan person t ex undersköterska tillsammans med patient och/eller dennes närstående skriva ner tillgängliga uppgifter på en papperskopia av vårdrapporten.

Vårdrapporten kan plockas upp i Prator av den som tar emot patienten, om vårdrapporten är lämnad i Prator och utgör underlag vid senare planering inför utskrivning.

5.2 Om patienten inte blir inskriven

skickar Akutmottagningen eller i förekommande fall Psykiatriska akutmottagningen, ett svarsmeddelande till den enhet som har skickat in patienten förutsatt att vårdrapporten är lämnad i Prator.

5.3 Aktivitetsförmåga/funktionsförmåga

Aktivitetsförmåga/funktionsförmåga ersätter ADL, Aktiviteter i Dagliga Livet.

Checklistan/ sammanställningen är gjord för att spegla de viktigaste förmågor som är av betydelse i en vårdplaneringsprocess. Begreppen bygger på den svenska översättningen av ICF, International Classification of Functioning, som heter Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.

Aktivitetsförmåga/funktionsförmåga fylls i inför en akut eller planerad sjukhusvistelse och inför en vårdplanering.

5.4 Lathund för aktivitetsförmåga/funktionsförmåga

Förklaringarna är enligt ICFs definitioner, men förenklade i text:

Äta och dricka

Att genomföra samordnade uppgifter och handlingar för att äta mat eller dricka, att föra maten eller drycken till munnen och konsumera den på ett

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

kulturellt acceptabelt sätt, skära eller bryta maten i bitar, öppna flaskor och burkar, använda matbestick, dricka genom sugrör eller rinnande vatten.

Hantera egna läkemedel

Att ta hand om sin egen medicin genom att inta ordinerat läkemedel på ett korrekt och säkert sätt.

Ändra grundläggande kroppsställning

Att inta eller ändra kroppsställning och att förflytta sig från en plats till en annan såsom att resa sig ur en stol för att lägga sig på en säng, att lägga sig på knä eller sätta sig på huk och åter resa sig.

Gå kortare sträckor

Att gå mindre än 1 km, såsom gå runt i rum eller korridorer inom en byggnad eller korta sträckor utanför.

Gå i trappa

Att förflytta hela kroppen uppåt eller nedåt på olika underlag eller föremål såsom trappsteg, eller trappor.

Sköta toalettbehov

Att planera och genomföra uttömning av mänskliga restprodukter (menstruation, urinering och avföring) och att göra sig ren efteråt.

Klä sig

Att ta på och av kläder och skor i ordning och i enlighet med klimat och sociala villkor.

Tvätta sig, inkl bad/dusch

Att tvätta och torka kroppen eller delar av den genom att använda vatten och lämpliga material och metoder för att bli ren och torr.

Kommunikation

Genom språk, tecken och symboler ta emot och förmedla budskap, att genomföra samtal.

Bereda enkla måltider

Att planera, organisera, laga och servera enkla måltider med få ingredienser.

Handla

Att i utbyte mot pengar skaffa varor och tjänster som behövs för det dagliga livet.

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

Städa bostaden
Att städa hemma

Orienteringsfunktioner
Orientering till tid, rum, person och situation.

Intellektuella funktioner
Intellektuell utveckling, intellektuell utvecklingshämning, psykisk utvecklingshämning, demens.

Övergripande psykosociala funktioner
Förmåga som är nödvändig för att upprätta meningsfulla ömsesidiga sociala interaktioner.

Temperament och personlighetsfunktioner
En persons konstitutionella disposition att reagera på ett särskilt sätt, t.ex. utåtvändhet, inåtvändhet, emotionell stabilitet.

Tankefunktioner
Förmågan att skapa tankemässiga representationer, t.ex. osammanhängande tankar, vanföreställningar, tvångstankar.

Genomföra daglig rutin
Förmågan att planera, hantera och fullfölja dagens aktiviteter.

Mellanmänniska interaktioner och relationer
Att samspela med människor (okända, vänner, släktingar, familjemedlemmar och andra närstående) på ett i sammanhanget lämpligt och socialt passande sätt.

6. Inskrivningsmeddelande

Ett inskrivningsmeddelande syftar till att informera om att en viss patient blivit inlagd på sjukhus och att samordnad vårdplanering kan bli aktuell. Inskrivningsmeddelandet bör skickas så tidigt som möjligt till kommunen, familjeläkarmottagning eller psykiatrisk öppenvård.

6.1 Vilka patienter kan i första hand bli aktuella

Patienter som i första hand kan bli aktuella för meddelande om inläggning är:

- * De som bor i särskilt boende

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

- * De som sedan tidigare har kontinuerliga kontakter med kommunen, den öppna hälso- och sjukvården eller där sådana kontakter behöver initieras.
- * De som efter sjukhusvistelsen förväntas ha nedsatt aktivitetsförmåga, eller nedsatt funktionsförmåga.

Tjänstgörande sjuksköterska inom slutenvården ansvarar för att inskrivningsmeddelandet skickas i Prator.

6.2 Vid byte av avdelning

skrivs detta i inskrivningsmeddelandet i Prator och i samma stund försvinner patienten från översikten på den lämnade avdelningen och hamnar i översikten på den avdelning som patienten blir flyttad till.

6.3 Vid byte av sjukhus

Om en utskrivningsklar patient flyttas till ett annat sjukhus inom länet föranleder inte detta något nytt meddelande om utskrivningsklar, under förutsättning att inte ändrade vårdförutsättningar i övrigt tillkommit. Avsändande avdelning ska meddela kommunen, familjeläkarmottagningen och psykiatriska öppenvården om överflyttning. Under pågående vårdplanering är byte till ett annat sjukhus inte möjlig i Prator.

7. Samordnad vårdplanering

7.1 Beskrivning av samordnad vårdplanering

Samordnad vårdplanering avser en process som syftar till att tillsammans med patienten och berörda parter samordna planeringen av patientens fortsatta vård och omsorg efter utskrivning från slutenvård. (Se Lathund bilaga 5.)

Efter överenskommelse med berörda kan olika typer av vårdplanering genomföras:

Gemensam vårdplanering på vårdavdelning

Gemensam vårdplanering är nödvändig när patientens vårdbehov blivit komplexa eller att hon/han inte är känd hos varken kommun eller familjeläkarmottagning sedan tidigare.

Avdelningen ansvarar för att det finns lämplig plats för mötet. Utifrån patientens tillstånd och behov kan olika yrkesgrupper behöva delta. Om patienten önskar, ansvarar avdelningen också för att närstående inbjuds till mötet.

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

Patient och närstående ska ges utrymme att informera om sina behov.

Vårdplanering via videokonferens

Kan ske då det är svårt för alla deltagare att fysiskt närvara på grund av avstånd. Gemensam vårdplanering enligt ovan, men att slutenvården ansvarar för videouppsättning och tillsammans med patient och närstående finns på avdelningen. Kommun, familjeläkare eller representanter från psykiatrisk öppenvård och även kanske närstående finns på förut bestämd plats hos kommun eller familjeläkarmottagning eller psykiatrisk öppenvård och som gemensamt ansvarar för videomottagning.

Vårdplanering via telefon

Telefonplanering är den enklaste formen av samordnad vårdplanering.

Detta kan ske via trepartssamtal.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska inom slutenvården, biståndshandläggare, kommunsjuksköterska och/eller distriktssköterska planerar den fortsatta vården och omsorgen per telefon. Denna planeringsmodell kan förekomma

i de fall där patienten sedan tidigare är känd av parterna, där berörda i samråd bedömer att behoven är oförändrade eller obetydligt förändrade.

7.2.1 Bedömning av rehabiliteringsåtgärder och hjälpmedelsbehov inför vårdplanering vid slutet somatisk vård.

Bedömning av rehabiliteringsåtgärder

Innan en vårdplanering kan inledas och kallelse till vårdplanering kan skickas ska patientens aktivitetsförmåga/funktionsförmåga och behov av rehabilitering bedömas. Patientansvarig läkare, omvårdnadspersonal och slutenvårdens sjukgymnaster och arbetsterapeuter behöver därför ha nära kommunikation och samarbete kring patienten.

Vad ingår i rehabiliteringsåtgärder

Rehabilitering kan innebära att träning som sker på vårdavdelningen också skall fortsätta i ordinärt boende eller i särskilt boendet. Det kan handla om träning i vardagliga aktiviteter med handledning av rehabiliteringspersonal från familjeläkarenheterna eller kommunen.

Det kan gälla förskrivning av hjälpmedel för att patienten ska bli självständigare och att dessa ska följas upp efter utskrivning för att se till att hjälpmedlen fungerar och att patienten klarar att använda dem korrekt. Det kan också innebära att göra bedömning om bostadsanpassning och skriva intyg för bostadsanpassningsbidrag.

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

Vissa patienter har behov av längre tids rehabilitering eller specifika rehabiliteringsinsatser och behöver därför få tillgång till slutenvårdens eller familjeläkarmottagningens eller psykiatrisk öppenvårdens rehabilitering. För personer i särskilda boenden är kommunens rehabiliteringspersonal ansvarig.

Beslut om rehabilitering

Patientansvarig läkare tar det slutgiltiga beslutet, efter inhämtande av information från övriga team medlemmar, om patienten har rehabiliteringsbehov och skriver vid behov remiss för fortsatt rehabilitering.

Om slutenvårdens rehabiliteringspersonal har gjort bedömning om fortsatt träning eller uppföljning är detta viktigt att det finns med i vårdplanen.

När patientansvaret övergår till familjeläkarmottagning eller psykiatrisk öppenvård är det familjeläkaren eller läkaren inom psykiatrisk öppenvård, som gör bedömning om fortsatt rehabiliteringsbehov.

Rehabilitering i vårdplanen

Rehabiliteringsinsatser under vårdtiden samt fortsatt planering ska framgå av den slutliga vårdplanen som signeras av rehabiliteringspersonal från slutenvården och familjeläkarmottagningen eller kommunen samt justeras av företrädare för slutenvården och familjeläkarmottagningen eller kommunen.

Hjälpmedel

För inneliggande patient som är i behov av hjälpmedel i samband med utskrivning påbörjar slutenvårdens arbetsterapeuter och sjukgymnaster ärendet. Om kommunen, familjeläkarmottagningens rehabiliteringspersonal ska avsluta ärendet ska detta tydligt framgå av vårdplanen.

Ansvarfördelning för förskrivning av hjälpmedel inför utskrivning och hur betalningsansvar kan inträda

För patienter som ska återgå till ordinärt boende ska utprovningen/förskrivningen av hjälpmedel ske i överenskommelse mellan familjeläkarmottagningens rehabiliteringspersonal och slutenvårdens. Kommunens betalningsansvar utifrån denna instruktion gäller inte förrän hjälpmedlen finns på plats och är i ordningsställda.

För patienter som ska återgå till särskilt boende ansvarar respektive boende för att hjälpmedlen anskaffas. Utprovningen/förskrivningen av hjälpmedel

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

ska ske i överenskommelse mellan kommunens rehabiliteringspersonal och slutenvårdens rehabiliteringspersonal. Kommunens betalningsansvar utifrån denna instruktion kan inträda i avvaktan på att hjälpmedlen kommer på plats.

För personer som efter beslut ska till korttidsboende gäller att landstinget är ekonomiskt ansvarig för hjälpmedlen, men att uppföljning av förskrivna hjälpmedel kan ske av kommunens rehabiliteringspersonal. Kommunens rehabiliteringspersonal kan också förskriva hjälpmedel om det är mest lämpligt rent praktiskt. En tydlig överenskommelse mellan rehabiliteringspersonalen om vem som gör vad är därför viktigt i vårdplanen. Kommunens betalningsansvar utifrån denna instruktion gäller inte förrän hjälpmedlen finns på plats.

Bostadsanpassning

Bostadsanpassning innebär att åtgärder görs i hemmet för att underlätta eller möjliggöra kvarboende. Det kan vara borttagande av trösklar eller breddning av dörrar för att förbättra framkomligheten om personen använder förflyttningshjälpmedel. Det kan också handla om ändringar i badrum för att personen själv ska kunna sköta personlig vård eller underlätta för omvårdnadspersonalen.

Bedömning och intyg

Bedömning om bostadsanpassning och intygsskrivning görs av arbetsterapeut. Bedömningen utgår från personens funktionsförmåga och den miljö den ska vistas i. Är bostadsanpassning en förutsättning för att patienten ska kunna återgå till ordinärt boende bör samverkan ske mellan arbetsterapeuten i slutenvården och den på familjeläkarenheten eller den i kommunen (för personer i särskilt boende) och överenskommelse ske om vem som gör vad och vad som är mest praktiskt för patienten.

Beslut och kommunens betalningsansvar

Beslut och beviljan av bostadsanpassningsbidrag görs av kommun (förmedlingsorganet eller fastighetsförvaltningen e dyl). Är intyg inskickat och i väntan på beslut från kommunen kan kommunens betalningsansvar utifrån denna instruktion träda i kraft.

7.2.2 Bedömning av rehabiliteringsåtgärder och hjälpmedelsbehov inför vårdplanering vid slutenvård psykiatrisk vård.

Psykiatrin har ett ansvar att ge insatser som ökar en persons förmåga att hantera sin sjukdom och att hantera olika livssituationer. Utöver den rent medicinska behandlingen kan detta handla t.ex. om funktionsbedömning och stödsamtal. Om behov av rehabiliteringsåtgärder uppmärksammas när en patient vårdas inom psykiatrisk slutenvård ska den psykiatriska

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av	Handläggare	Gäller fr om	Dokumentnummer	Version	Sida
Jan Brithon	Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	2007-08-21	QR 111-I-01	4	

öppenvården kontaktas och en bedömning görs vilka insatser som behövs och när det är lämpligt att vidtaga dessa. Många gånger är det lämpligt att dessa insatser påbörjas först efter utskrivning från slutenvården, men bedömning av behovet ska göras innan den samordnade vårdplaneringen inleds.

7.3 Kallelse till vårdplanering

Samtycke till vårdplanering **skall alltid** inhämtas hos patient eller närstående. Kallelse till vårdplanering skickas från slutenvården till kommun och familjeläkarmottagning eller psykiatrisk öppenvård när läkaren inom slutenvården bedömt att patienten kommer att behöva insatser från dem efter utskrivningen. Patientens behov av rehabilitering ska ha bedömts innan samordnad vårdplanering inleds. Vårdplanering kan inledas även om patienten vårdas enligt psykiatrisk tvångsvårdslagstiftning. Däremot är patienten inte utskrivningsklar förrän tvångsvården hävs.

För patienter som vårdas inom psykiatrin kan kommunens stödresurser liksom boende behöva finnas tillgängliga under vårdtiden för att en adekvat rehabilitering till boende med stöd kan genomföras utan onödig fördröjning av slutenvårdstiden.

Det är meddelandet om ”kallelse till vårdplanering” som är avgörande när kommunens betalningsansvar kan inträda. Meddelandet ska skickas före klockan 13.00 för att vårdplanen ska anses vara påbörjad dagen därpå.

Slutenvården skriver sin del i vårdplanen i ”kallelse till vårdplanering” och som läkaren justerar, sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut signerar.

7.4 Vårdplan

Vårdplanen är resultatet av den samordnade vårdplanering som skett i samarbete mellan företrädare för berörda enheter; slutenvården, kommunen, familjeläkarmottagning och/eller den öppna psykiatriska öppenvården. Patienten, närstående och i förekommande fall legal företrädare eller personligt ombud deltar i vårdplaneringen. Om patienten inte deltar ska skälet till detta anges.

Respektive profession ansvarar för sin del i vårdplanen

Varje part justerar sin del av vårdplanen. En vårdplan är upprättad när den justerats av de berörda parterna. Justering är en bekräftelse på att parterna är överens om planeringen.

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

Av vårdplanen skall det tydligt framgå vilka insatser efter utskrivningen från den slutna vården som behövs för att en hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet skall uppnås.

Vårdplanen ska innehålla följande uppgifter om slutenvårdstiden:

1. Namnet på den behandlande läkaren
2. Medicinska åtgärder och andra behandlingar
3. Aktuella läkemedelsförskrivningar
4. Tillhandahållna eller förskrivna medicintekniska produkter, hjälpmedel eller förbrukningsartiklar
5. Omvårdnad och specifik omvårdnad
6. Rehabilitering och habilitering
7. Om patienten har medverkat i vårdplaneringen eller inte
8. Om närstående har medverkat i vårdplaneringen eller inte

Av vårdplanen ska även framgå:

1. Namnet på den eller de läkare vid familjeläkarmottagningar eller psykiatrisk öppenvård och i den slutna vården som har det fortsatta ansvaret för hälso- och sjukvård.
2. Bedömd egenvård.
3. Vilka åtgärder som planeras och hur uppföljning ska ske, samt vem som är ansvarig för genomförandet.
4. Omsorg, stöd och service

Om inte målsättningen med de planerade åtgärderna, samt hur de ska följas upp framkommer i vårdplanen, ska detta dokumenteras separat av var och en, enligt gällande lagstiftning.

När vårdplanen är justerad av alla parter skall patienten ha en kopia, vilken tas ur Prator.

8. Utskrivningsmeddelande

8.1 Beskrivning av utskrivningsklar patient

Med utskrivningsklar avses en patient som av den behandlande läkaren inte längre bedöms vara i behov av slutna hälso- och sjukvård.

En vårdplan måste finnas upprättad för att en patient ska kunna bli utskrivningsklar och kommunens betalningsansvar ska kunna inträda. (Se även vad som gäller föreskrivna hjälpmedel i avsnitt 5.2.1)

Om vårdplan *inte* kan upprättas pga kommunen inte medverkar inträder betalningsansvaret enligt gällande regler när patienten är utskrivningsklar.

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

Begreppet utskrivningsklar kan innebära att patienten behöver fortsatt vård men att denna inte behöver tillhandahållas inom den slutna hälso- och sjukvården. Behandlande läkare ska ta ställning om den hälso- och sjukvård som landstinget ska svara för är tillräcklig för patientens behov.

8.2 Utskrivningsmeddelande

Senast **kl 13.00** dagen innan patienten beräknas vara utskrivningsklar, meddelas detta kommun och familjeläkarmottagning/psykiatrisk öppenvård. Av utskrivningsmeddelandet skall utskrivningsklardatum och beräknad hemgångsdatum framgå.

Vid kvitteringen av utskrivningsmeddelandet ska kommunen meddela när hemgång är möjlig om detta är känt.

Om tiden mellan planerad hemgångsdatum och faktiskt utskrivning blir fördröjd, ska kommunen meddela slutenvården när utskrivning blir aktuell med ett extra meddelande som slutenvården kvitterar.

Om ett inskrivningsmeddelande skickats på en patient, ska även ett utskrivningsmeddelande skickas, oavsett om någon vårdplan upprättats, patienten avlidit, eller vårdplaneringen avbrutits av annan orsak.

Om överenskommelse gjorts mellan berörda parter, om att vårdplan ej behöver upprättas ska i förekommande fall, ett **utskrivningsmeddelande med läkemedelslista** skickas.

Om tillståndet har förändrats i form av att ytterligare medicinska komplikationer tillstött, eller om patientens psykiska tillstånd förändrats och behovet övergått till tvångsvård innebär det att planerat datum för utskrivningsklar ändras. Meddela detta omgående till kommunen, familjeläkarmottagningen eller psykiatriska öppenvården.

För en patient i den somatiska respektive den psykiatriska slutenvården, inträder kommunens betalningsansvar tidigast 5 respektive 30 vardagar. Lördag, söndag, midsommarafton, julafton och nyårsafton är oräknade efter det att vårdplanering har inletts.

8.3 Framflyttning av utskrivningsdatum

När ett utskrivningsmeddelande är skickat och en patient försämras, ska utskrivningsmeddelandet makuleras. När patienten åter är utskrivningsklar skickas ett nytt utskrivningsmeddelande. Det innebär att det inte blir en helt ny beräkningsperiod.

Behandlande läkare beslutar om framflyttningen.

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

8.4 Extra meddelande

I Prator kan alla professioner var som helst i kedjan skicka obegränsat antal extrameddelanden och få det kvitterat av respektive mottagare. I översiktsbilden över patienter som finns inlagda på respektive enhet, ligger ärendet kvar i 24 timmar efter det att det faktiska utskrivningsdatumet finns i översikten och att alla meddelanden är kvitterade.

8.5 Utskrivningsmeddelande med läkemedelslista

På utskrivningsdagen då patienten lämnar slutenvården, ska läkaren i förekommande fall skicka elektroniskt i Prator ett utskrivningsmeddelande med läkemedelslista. Patienten ska ha en kopia på läkemedelslistan vid hemgången.

Om slutanteckning (epikris) finns tillgänglig på utskrivningsdagen, kan detta ersätta elektroniskt utskrivningsmeddelande med läkemedelslista.

8.6 Slutanteckning (Epikris)

Läkarens slutanteckning (epikris) ska översändas snarast möjligt. Det ska i regel kunna ske inom en vecka efter patientens utskrivning.

9. Vårdförutsättning ändrade

Meddelande om att patientens tillstånd förändrats och om förändringen är så stor att vårdplanen påverkas, makuleras vårdplanen.

Om en patient p.g.a. medicinska skäl flyttas till annan specialitet ändras vårdförutsättningarna och en eventuell vårdplan makuleras. I inskrivningsmeddelandet i Prator ska även överflyttning till vilken avdelning patienten flyttas anges.

Behandlande läkare beslutar om att ändra vårdförutsättningar.

10. Avvikelse rapportering avseende informationsöverföring och samordnad vårdplanering

Syftet med avvikelserapporteringen är att få kunskap om risker och brister i landstingets och kommunernas gemensamma instruktion för informationsöverföring och samordnad vårdplanering. Ökade kunskaper kan leda till att minimera avvikelser i första hand genom förebyggande åtgärder.

En avvikelse skall kunna analyseras och följas upp, vilket i allmänhet kräver någon form av skriftlig registrering.

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

Respektive verksamhet inom landstinget och kommunerna ska använda sina lokala rutiner för avvikelserapportering. I de kommuner som saknar avvikelserapporteringssystem kan blankett bilaga 3 användas.

Avvikelse i denna instruktion anmäls till respektive klinik-/verksamhetschef/enhetschef eller medicinskt ansvarig sjuksköterska, (MAS) inom den egna verksamheten/organisationen.

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

Lathund för informationsöverföring och samordnad vårdplanering

Ansvarig	
<p>Vårdrapport från kommun/familjeläkarmottagning/psykiatrisk öppenvård – Vårdrapport används för att informera familjeläkare/öppen hälso- och sjukvård/slutenvård vid en akut händelse och för att ge aktuella uppgifter om patientens allmänna funktionsförmåga och nuvarande hjälpbehov. När patienten åkt till familjeläkare/öppen hälso- och sjukvård/slutenvård utan hjälp av sjuksköterska, finns möjlighet att skicka/ringa in uppgifterna i efterhand. Möjlighet finns också att komplettera uppgifter.</p>	Sjuksköterska i kommun, familjeläkarmottagning/psykiatrisk öppenvård
Om en patient inte blir inlagd, skickar Akutmottagningen/Psykiatrisk akutmottagning ett svarsmeddelande till den enhet som har skickat in patienten, förutsatt att vårdrapporten är skickad elektroniskt i Prator.	Sjuksköterska på akutmottagningen/psykiatrisk jourmottagning
Ansvarig	
<p>Inskrivningsmeddelande – Ett inskrivningsmeddelande skickas till kommun och familjeläkarmottagning/öppen hälso- och sjukvård i samband med inläggning av patient inom slutenvård om det bedöms att patienten troligen kommer att vara i behov av insatser från dem efter sjukhusviselsen. Meddelandet skall skickas så tidigt som möjligt på följande patienter.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De som bor i särskilt boende • De som sedan tidigare har kontinuerliga kontakter med kommunen eller familjeläkarmottagning/psykiatrisk öppenvård eller där sådana kontakter behöver initieras. • De som efter sjukhusvistelsen förväntas ha nedsatt aktivitets- eller funktionsförmåga. 	Tjänstgörande sjuksköterska eller annan utsedd medarbetare enligt föreskrift SOSFS 2005:27, kap 2, 3§
Ansvarig	
<p>Kallelse till vårdplanering – Samtycke till vårdplanering skall alltid inhämtas hos patient eller närstående. Kallelse till vårdplanering skickas till kommun och familjeläkarmottagning/öppen hälso- och sjukvård när slutenvård bedömt att patienten kommer att behöva insatser från dem efter utskrivningen. Patientens behov av rehabilitering ska bedömas före vårdplaneringen. Det är meddelandet om ”kallelse till vårdplanering” som är avgörande när kommunens betalningsansvar inträder. Meddelandet ska skickas före klockan 13.00 för att vårdplaneringen ska anses vara påbörjad dagen därpå.</p>	Behandlande läkare, tjänstgörande sjuksköterska, sjukgymnast/ arbetsterapeut, enligt föreskrift SOSFS 2005:27, kap 2, 3§
Ansvarig	
<p>Vårdplaneringsform – Formen för vårdplanering avgörs i det enskilda fallet och kan ske på avdelning, med video, per telefon eller på annat sätt.</p>	Respektive profession
<p>Vårdplanering – Inför vårdplaneringsmötet kan broschyren lämnas ifylld till patienten som en inbjudan till han/henne och eventuellt närstående/företrädare att delta i vårdplaneringsmötet.</p>	Tjänstgörande sjuksköterska Se under flik information samt bilaga 3

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

	Ansvarig
<p>Vårdplanen – Upprättande av vårdplanen innebär att alla involverade enheter (slutenvård/psykiatri, familjeläkarmottagning/psykiatrisk öppenvård och kommun) är överens om vilka insatser som ska utföras efter utskrivningen och vem som har ansvar för vad. Oavsett form för vårdplanering ansvarar respektive enhet för att dokumentera och justera sina bedömningar/åtgärder i vårdplanen. Justering av vårdplanen är en bekräftelse på att parterna är överens om planeringen och ska ske utan dröjsmål.</p>	Respektive aktör
<p>Av vårdplanen skall framgå</p> <ul style="list-style-type: none"> – namnet på den behandlande läkaren som ansvarar för vårdplanen – vilka åtgärder som den behandlande läkaren har bedömt som hälso- och sjukvård alternativt egenvård och vem som skall vidta respektive åtgärd – namn på den eller de läkare vid familjeläkarmottagning/psykiatrisk öppenvård/ slutenvården som har det fortsatta ansvaret för vården och behandlingen av patienten – om patienten och eller närstående deltagit i vårdplaneringen <p>Om inte målsättningen och de planerade åtgärder samt hur de ska följas upp framkommer i vårdplanen, ska detta dokumenteras separat av var och en enligt gällande lagstiftning.</p>	
<p>En kopia av vårdplanen skall tas ur systemet till patienten, efter det att vårdplanen är justerad av alla parter.</p>	Tjänstgörande sjuksköterska
	Ansvarig
<p>Vårdförutsättningar ändrade - Om en patient efter vårdplanering försämras, så att vårdplanen påverkas, skall slutenvården makulera vårdplanen och skicka en ny kallelse till vårdplanering när så patientens tillstånd tillåter detta.</p>	Behandlande läkare, tjänstgörande sjuksköterska
	Ansvarig
<p>Utskrivningsmeddelande – Senast kl 13.00 dagen innan patienten beräknas vara utskrivningsklar meddelas detta kommun och, familjeläkarmottagning/psykiatrisk öppenvård. Hemgångsdatum och justerad vårdplan skall finnas och framgå av utskrivningsmeddelandet.</p> <p>Vid kvitteringen av utskrivningsmeddelandet ska kommunen meddela när hemgång är möjlig om detta är känt.</p> <p>Om tiden mellan planerad hemgångsdatum och faktiskt utskrivning blir fördröjd, ska kommunen meddela slutenvården när utskrivning blir aktuell med ett extra meddelande som slutenvården kvitterar.</p>	Behandlande läkare, tjänstgörande sjuksköterska
<p>Om ett inskrivningsmeddelande skickats på en patient, ska även ett utskrivningsmeddelande skickas, oavsett om vårdplan upprättats, patienten avlidit, eller vårdplaneringen avbrutits av annan orsak.</p>	Biståndshandläggare
<p>Om överenskommelse gjorts mellan berörda parter om att inte upprätta en vårdplan, ska ett utskrivningsmeddelande med läkemedelslista skickas.</p>	Biståndshandläggare/ Tjänstgörande sjuksköterska
	Behandlande läkare, tjänstgörande sjuksköterska
	Ansvarig

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

Framflyttning av datum för utskrivningsklar sker genom makulering av utskrivningsmeddelandet – När ett utskrivningsmeddelande är skickat och en patient försämrats, ska utskrivningsmeddelandet makuleras. När patienten åter är utskrivningsklar skickas ett nytt utskrivningsmeddelande. Det innebär att det inte blir en helt ny beräkningsperiod.	Behandlande läkare, tjänstgörande sjuksköterska
--	---

På utskrivningsdagen då patienten lämnar slutenvården. Ett utskrivningsmeddelande med läkemedelslista skickas i förekommande fall, elektroniskt i Prator av läkare på utskrivningsdagen då patienten lämnar slutenvården. Patienten skall ha en kopia på den kompletta läkemedelslistan vid hemgången. Om slutanteckning (epikris) finns tillgänglig på utskrivningsdagen, kan detta ersätta utskrivningsmeddelande med läkemedelslista.	Ansvarig Behandlande läkare, Omvårdnadsansvarig sjuksköterska
--	---

Extra meddelande. I Prator kan alla enheter skicka extra meddelande även när utskrivningsmeddelande har skickats. I översikten ligger ärendet kvar i 24 timmar efter att det faktiska utskrivningsdatumet finns i översikten och alla meddelanden är kvitterade.	Ansvarig Respektive profession
--	--

Om systemet är ur funktion, så faxas ovanstående uppgifter i stället. Observera att uppgifterna måste skrivas in senare i Prator för att debiteringen skall fungera!!!!!!	Ansvarig Omvårdnadsansvarig sjuksköterska Enligt lokal rutin.
--	--

Byte av avdelning - Om en patient som är inskriven i Prator byter avdelning, skrivs detta i inskrivningsmeddelandet och i samma stund försvinner patienten från översikten på den lämnande avdelningen och hamnar i översikten på den avdelning som patienten blir flyttad till. Byte av sjukhus – Bytet sker enligt ovan, men under en pågående vårdplanering är detta inte möjligt i Prator.	Ansvarig Omvårdnadsansvarig sjuksköterska
---	---

Regler för betalningsansvar – Kommer inte ett landsting och en kommun överens om en annan tidpunkt, inträder kommunens betalningsansvar dagen efter det att en patient är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad och justerad. Det är ”Kallelse till vårdplanering” som är avgörande för när kommunens betalningsansvar inträder. Om kallelsen är skickad före kl 13.00 anses vårdplaneringen inledd dagen därpå. För en patient i den somatiska respektive den psykiatriska slutenvården, kan betalningsansvaret inträda tidigast 5 respektive 30 vardagar. Lördag, söndag, midsommarafton, julafton och nyårsafton är oräknade efter det att vårdplanering har inletts.	
---	--

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

Samordnad VÅRDPLANERING

För Dig som bor i Västmanland

Utskrivningsklar

När är du det?

När Du inte längre behöver den vård eller behandling som ges på sjukhuset är Du utskrivningsklar. Din läkare på sjukhuset avgör detta.

Om Du har behov av fortsatt vård och omsorg är det ett uppdrag för kommunen och familjeläkarmottagning/psykiatrisk öppenvård att erbjuda en välfungerande service och en god social och medicinsk omvårdnad när Du skrivs ut.

Samordnad vårdplanering

När sker denna?

När läkaren på sjukhuset ser att Du inom kort är utskrivningsklar erbjuds Du en samordnad vårdplanering.

Du måste ge Ditt samtycke till att informationsutbyte sker mellan sjukhuset, kommunen samt familjeläkarmottagning/psykiatrisk öppenvård när det gäller ditt hälsotillstånd.

Den samordnade vårdplaneringen sker vanligen på vårdavdelning, via videokonferens, eller telefon. Du kan också som patient bli kontaktad per telefon inför vårdplaneringen.

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

Vem deltar?

Vid den samordnade vårdplaneringen deltar Du, biståndshandläggare, distriktssköterska och personal från avdelningen på sjukhuset. Ibland medverkar också kommunens/landstingets rehabiliteringspersonal och AH (Avancerad Hemsjukvård)-teamet. Det är önskvärt att någon närstående deltar. Vid behov kan den läkare som skall överta det medicinska ansvaret efter utskrivningen också delta. Om behov finns kan även tolk vara med vid vårdplaneringen.

Vilka insatser kan Du erhålla?

Under den samordnade vårdplaneringen diskuterar vi Ditt behov av omsorg, medicinsk omvårdnad och stöd.

De insatser som kan bli aktuella är:

- Hjälpmått med din personliga omvårdnad
- Serviceinsatser ex matdistribution, tvätt, inköp och städning
- Trygghetslarm
- Sjukvårdsinsats/Hemsjukvård
- Hjälpmåttmedelsbedömning
- Särskilt boende (Boende som är anpassat efter Ditt behov av särskilt stöd)
- Sysselsättning
- Daglig verksamhet

Under planeringen har Du möjlighet att ansöka om vilka insatser Du önskar. Ditt behov utreds och insatser beslutas av biståndshandläggare.

Behov av hjälpmedel beslutas av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast. Medicinska insatser ordinerar av läkare.

Målsättningen med insatserna är att ge hjälp på ett sådant sätt att Du kan återgå till ett så normalt och självständigt liv som möjligt.

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

RAPPORTBLANKETT VID AVVIKELSE I RUTINEN FÖR INFORMATIONSOVERFÖRING OCH SAMORDNAD VÅRDPLANERING

Avvikelsen avser blanketten:	Övrigt:
Utskrivningsmeddelande <input type="checkbox"/>
Vårdrapport <input type="checkbox"/>
Total avsaknad av information <input type="checkbox"/>
Läkemedelslista <input type="checkbox"/>

Datum för avvikelsen	Patientuppgifter
.....	Namn.....
.....	Personnr.....
veckodag dag månad år	

Informationsgivare:	Informationsmottagare:
.....
.....

Uppgifter saknas i utskrivningsmeddelandet	sid 1. <input type="checkbox"/>	sid 2. <input type="checkbox"/>
Uppgifter saknas i vårdrapporten	sid 1. <input type="checkbox"/>	sid 2. <input type="checkbox"/>
<i>Beskriv med fri text vad som saknas</i>		
.....		
.....		
.....		
.....		

Blanketten skickas till klinikchefen/verksamhetschef alt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) inom den egna verksamheten / organisationen.

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård

SOSFS 2005:27 (M och S)

Föreskrifter

SOSFS kan beställas från Socialstyrelsens kundtjänst, 120 88 Stockholm, fax 08-779 96 67, e-post socialstyrelsen@strd.se

ISSN 0346-6000 och 0346-6019 Artikelnr 2005-10-27

Tryck: Grafikerna Livréna i Kungälv AB, Kungälv 2005

I Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) publiceras verkets föreskrifter och allmänna råd.

- Föreskrifter är bindande regler.
- Allmänna råd innehåller rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas och utesluter inte andra sätt att uppnå de mål som avses i författningen.

Socialstyrelsen ger årligen ut en förteckning över gällande föreskrifter och allmänna råd.

SOSFS

2005:27

(M och S)

Utkom från trycket
den 22 december 2005

Socialstyrelsens författningssamling

Ansvarig utgivare: Chefsjurist Nils Blom

Socialstyrelsens föreskrifter

om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård;

beslutade den 9 december 2005.

Socialstyrelsen föreskriver följande med stöd av 2 § 1 och 4 och 3 § 1 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

1 kap. Tillämpningsområde

1 § Dessa föreskrifter gäller vid tillämpningen av lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård vid vårdplanering inför utskrivning av patienter från den slutna hälso- och sjukvården till den öppna hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Med socialtjänst avses verksamhet som bedrivs enligt socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Föreskrifterna skall även tillämpas vid överföring av information mellan vård- och omsorgsgivare i samband med in- och utskrivning av patienter i den slutna hälso- och sjukvården.

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

2 § De begrepp som används i dessa föreskrifter har samma innebörd som i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

2 kap. Rutiner för samverkan

1 § Enligt 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall kvaliteten i verksamheten inom hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Närmare bestämmelser om rutiner för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda patienter finns i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

2 § Enligt 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453) skall kvaliteten i verksamheten inom socialtjänsten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

SOSFS

2005:27 Närmare bestämmelser finns i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1998:8) om kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade och i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2000:15) om kvalitetssystem inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg.

Enligt 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade skall kvaliteten i verksamheten inom socialtjänsten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

3 § Landstingen och kommunerna skall i samråd utarbeta rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information, som t.ex. befintliga planer, mellan vård- och omsorgsgivare i samband med in- och utskrivning av patienter från slutna vård till öppen vård och socialtjänst.

Rutinerna skall dokumenteras och de skall vara enhetligt utformade inom ett län eller en region.

Rutinerna skall innehålla uppgifter om

1. vilka som är ansvariga för att sända respektive ta emot in- och utskrivningsmeddelanden,
2. vilka som skall kallas till vårdplaneringen,
3. hur den behandlande läkaren skall kalla till vårdplaneringen,
4. hur den behandlande läkaren skall få besked om att kallelsen till vårdplaneringen har mottagits, och
5. vilka som har utsetts till att justera vårdplanen och hur den skall justeras.

3 kap. Vårdplanering

1 § Den behandlande läkaren i den slutna vården skall efter samråd med patienten, närstående och företrädare för berörda enheter fastställa hur vårdplaneringen skall genomföras.

2 § I vårdplaneringen skall sådan personal från berörda enheter delta som besitter den kompetens som behövs för att tillgodose patientens behov av insatser efter utskrivningen.

3 § Under vårdplaneringen skall respekt för den enskildes integritet och värdighet visas.

Vårdplanen

4 § Av vårdplanen skall det tydligt framgå vilka insatser efter utskrivningen från den slutna vården som behövs för att en hälso- och sjukvård

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

och socialtjänst av god kvalitet skall uppnås.

Vårdplanen skall samordnas med eventuell planering för patienten som fanns före inskrivningen i den slutna vården. Vårdplanen skall i förekommande fall innehålla uppgifter om

SOSFS

- 2005:27** 1. medicinska åtgärder och andra behandlingar,
2. aktuella läkemedelsförskrivningar,
3. tillhandahållna eller förskrivna medicintekniska produkter, hjälpmedel eller förbrukningsartiklar,
4. allmän och specifik omvårdnad,
5. omsorg, stöd och service, och
6. rehabilitering och habilitering.

Av vårdplanen skall det även framgå

1. namnet på den behandlande läkaren som ansvarar för planen,
 2. vilka åtgärder som den behandlande läkaren har bedömt som hälso och sjukvård alternativt egenvård och vem som skall vidta respektive åtgärd,
 3. namnet på den eller de läkare i primärvården och i den slutna vården som har det fortsatta ansvaret för vården och behandlingen av patienten,
 4. om patienten har medverkat i vårdplaneringen eller inte,
 5. om närstående har medverkat i vårdplaneringen eller inte, och
 6. målsättningen med insatserna samt hur och när dessa skall följas upp.
- 5 §** En vårdplan får upprättas även om patienten ännu inte är utskrivningsklar.
6 § All vårdplanering skall dokumenteras i patientjournalen i den slutna vården.

Utskrivningsklar patient och utskrivningsmeddelande

7 § Om en vårdplan har upprättats för en utskrivningsklar patient men dennes tillstånd förändras så att den behandlande läkaren bedömer att patienten inte längre är utskrivningsklar, skall läkaren dokumentera detta i patientjournalen och meddela berörda enheter.

Om förändringen är så stor att vårdplanen påverkas, skall en ny plan upprättas.

8 § Ett utskrivningsmeddelande, som den behandlande läkaren enligt 10 e § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård skall skicka till de ansvariga enheterna senast dagen före planerad utskrivning, skall innehålla

1. patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress, och
2. information om när patienten beräknas skrivas ut.

Om folkbokföringsadressen inte är densamma som vistelseadressen, skall båda adresserna anges i utskrivningsmeddelandet.

SOSFS

2005:27 4 kap. Överföring av information vid in- och utskrivning

Inskrivning av patient i slutna vård

1 § Information om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst skall, om det inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen (1980:100) eller lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

sjukvårdens område, överförs mellan berörda enheter inom den slutna vården och den öppna vården samt socialtjänsten.

Utskrivning av patient från slutna vård

2 § Information om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst skall senast samma dag som patienten skrivs ut överförs från den slutna vården till berörda enheter inom den öppna vården och socialtjänsten.

3 § Informationen skall innehålla dels vårdplanen, dels övriga väsentliga uppgifter.

Om det är relevant för patientens vård och omsorg efter utskrivningen, skall de övriga uppgifterna bestå av

1. inskrivningsorsak samt hälso- eller funktionstillståndet vid inskrivningen,
2. vilka som varit ansvariga för patientens vård, behandling och rehabilitering inom den slutna vården,
3. sammanfattning och utvärdering av genomförd vård, behandling och rehabilitering samt eventuella komplikationer som tillstött i den slutna vården,
4. patientens aktuella hälso- och funktionstillstånd,
5. patientens upplevda hälsotillstånd,
6. riskbedömning utifrån patientens hälsotillstånd,
7. patientens arbetsförmåga,
8. närstående, förvaltare eller god man, och
9. andra kontinuerliga läkarkontakter än de som är namngivna i vårdplanen.

Patienten skall, om det inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen (1980:100) eller lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, få informationen skriftligt vid utskrivningen. Vid behov skall den även ges i annan form.

SOSFS

2005:27

1. Denna författning träder i kraft två veckor efter den dag då författningen utkom från trycket.
2. Genom författningen upphävs Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:32) Informationsöverföring och samordnad vårdplanering. Styrelsen för Socialstyrelsen (Hälso- och sjukvårdsavdelningen)¹

¹ (Föredragande: Pål Resare)

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida



Avtal gällande betalningsansvar för utskrivningsklara patienter

Mellan Landstinget Västmanland och kommuner i Västmanland.

Bakgrund

Avtalet tecknas med anledning av förändringar från och med 1 juli 2003 i Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. I propositionen 2002/03:20 ”Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet” uttalas att förändringarna i betalningsansvarslagen syftar till att skapa incitament för gemensam och samordnad vårdplanering.

Utgångspunkter är:

- Den enskildes rätt till trygghet, delaktighet och inflytande när vård, omsorg och stöd planeras och genomförs.
- Kommuners och landstings gemensamma ansvar för god vård, omsorg och stöd och att övergången mellan olika vårdgivare sker utan onödiga olägenheter.

En arbetsgrupp, bestående av företrädare för landstinget och kommunerna i Västmanlands län, har utarbetat en instruktion¹ för lokal anpassning för tillämpningen av betalningsansvarslagen i Västmanlands län.

Betalningsansvar

Med utskrivningsklar avses en patient som av den ansvarige läkaren bedömts inte längre vara i behov av slutenvård och för vilken vårdplan upprättats. En kommun är betalningsansvarig för utskrivningsklara patienter för vilka vårdplan har upprättats vid enheter för somatisk akutsjukvård och geriatrisk eller psykiatrisk slutenvård. Med upprättad vårdplan avses bl a att patientens behov av insatser från familjeläkarmottagningar, psykiatrisk öppenvård eller annan öppenvård, socialtjänsten och från den kommunala hälso- och sjukvården har klarlagts och att det framgår vilken enhet som ansvarar för respektive insats.

Planen anses upprättad när den har justerats av berörda enheter. Justering av vårdplanen skall ske utan dröjsmål.

¹ ”Informationsöverföring och samordnad vårdplanering” En instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner. 2003-10-01, reviderad 2005-10-10, 2007-02-15

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

Samordnad vårdplanering

Det är ”Kallelse till vårdplanering” som är avgörande för när betalningsansvaret inträder. Om kallelsen skickas senast kl 13.00 anses gemensam vårdplanering inledd dagen därpå. Om kallelsen skickas efter kl 13.00 anses gemensam vårdplanering inledd den andra dagen.

Utskrivningsklar

Om anmälan om utskrivningsklar patient sker före kl 13.00, och gemensam vårdplanering inletts senast 5 vardagar tidigare inom den somatiska slutenvården respektive 30 vardagar tidigare inom den psykiatriska slutenvården och en justerad vårdplan finns, har Landstinget rätt till ersättning för utskrivningsklar patient fr.o.m. dagen därpå och för varje påbörjat vård dygn till dess utskrivning sker. Om anmälan sker efter kl 13.00 börjar ersättningen utgå andra dagen efter anmälningsdagen.

Lördagar, söndagar, midsommarafton, julafton och nyårsafton räknas inte som vardagar under de 5 respektive 30 dagarna som kommunen har på sig att ta hem patienten, men fr.o.m. att betalning utgår, räknas alla dagar som patienten blir kvar inom den slutna vården.

Utskrivningsmeddelande

Dagen före det att en patient beräknas vara utskrivningsklar ska ett meddelande från den behandlade enheten sändas till kommunen, familjeläkarmottagning och psykiatrisk öppenvård senast kl 13.00. I meddelandet ska det framgå beräknad hemgångsdatum.

Om vårdplan inte kan upprättas p g a att kommunen inte medverkar inträder betalningsansvaret – under förutsättning att patienten bedöms vara utskrivningsklar enligt ovan. En kommun blir inte betalningsansvarig för vård om en patient kvarstannar inom slutenvården på grund av att den landstingsfinansierade öppna hälso- och sjukvård, psykiatrisk öppenvård eller annan öppenvård inte kan utföra de insatser de ansvarar för.

Vården kan ha meddelats med stöd av hälso- och sjukvårdslagen, HSL, lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT eller lagen (1991:29) om rättspsykiatrisk vård, LRV. Betalningsansvaret kan dock göras gällande först sedan tvångsvården upphört.

Enligt betalningsansvarslagen är en kommun inte betalningsansvarig för patienter som vårdas enligt LRV och som är på permission. Däremot är en kommun skyldig att tillhandahålla insatser enligt SOL och LSS.

Fakturering

På fakturan avseende utskrivningsklar skall för varje patient anges namn, adress och personnummer och antal dagar fakturan omfattar. Fakturering sker efter vårdperioden eller månadsvis vid längre vårdperioder.

Instruktion för en hållbar vårdkedja utarbetad av berörda förvaltningar i Landstinget Västmanland och länets kommuner					
Fastställd av Jan Brithon	Handläggare Lena Berglund/ Gemensamma nämnden	Gäller fr om 2007-08-21	Dokumentnummer QR 111-I-01	Version 4	Sida

Avtalsperiod

Detta avtal gäller fr.o.m. 2005-09-01 avseende utskrivningsklara patienter från psykiatrisk slutenvård och fr.o.m. 2005-10-01 avseende utskrivningsklara från somatisk slutenvård tom 2006-09-30. Avtalet förlängs därefter med ett år i taget om inte någon av parterna skriftligen säger upp avtalet senast sex månader före avtalstidens utgång.

För

För

Landstinget Västmanland

Kommun