



Gemensamma Blekingerutiner för Samordnad Vårdplanering

UVO

Gäller från

28 September 2010

Version 1

För att trygga vårdtagarens rätt till en god och säker vård krävs samverkan mellan Blekinge-sjukhuset, Psykiatrin, Primärvården och kommunerna vilket sker genom vårdplaneringsrutiner. Det innebär att informationsöverföring och vårdplanering med vårdtagarens medgivande sker mellan olika vårdgivare och berörda yrkeskategorier. Grundläggande förutsättningar för att detta ska fungera genom hela vårdkedjan är att alla inblandade följer de framtagna rutinerna.

När Ädelreformen genomfördes i Sverige 1992 innebar detta att kommunerna fick överta en del av ansvaret som tidigare legat på landstingen. Kommunerna fick ett samlat ansvar för service, vård- och omsorg för äldre och handikappade. Kommunerna fick även ett ansvar för hälso- och sjukvård i vissa boendeformer. I samband med ädelreformen fick även kommunerna ett lagreglerat betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter inom akutsjukvården.

År 1997 trädde socialstyrelsens föreskrifter ”Informationsöverföring och samordnad vårdplanering av medicinskt färdigbehandlade patienter” i kraft (SOSFS 1996:32). I Blekinge arbetade representanter från Landstinget och samtliga kommuner fram gemensamma lokala rutiner som byggde på socialstyrelsens föreskrifter. Informationsöverföring mellan landsting och kommuner gällande samordnad vårdplanering påbörjades. Informationsöverföringen skedde då med fax.

Hösten 1999 införde Blekinge rutiner för informationsöverföring med hjälp av IT-stöd. Blekinge var då först i landet med elektroniskt vårdplaneringssystem. IT-stödet var fullt i infört i hela länet 2002.

Under årens lopp har rutinerna för samordnad vårdplanering i Blekinge ändrats för att ständigt följa den gällande lagstiftningen och föreskrifter.

I samband med byte av det elektroniska vårdplaneringssystemet har de för Blekinge gemensamma framtagna gått igenom och justerats.

Dessa rutiner gäller från september 2010.

UVO

Innehållsförteckning

1 Allmänt.....	5
1.1 Patientgrupper som ingår i samordnad vårdplanering.....	5
1.1.1 Målgrupp.....	5
1.1.2 Utomlänspatienter.....	5
1.1.3 Insatsbehov.....	5
1.1.4 Öppen tvångsvård (gäller Psykiatrin).....	5
1.1.5 Serviceinsats.....	5
1.1.6 Behov av Serviceinsats efter vårdtid.....	5
1.1.7 Patient i öppenvård som får tillgång till sängplats (Observationspatienter).....	5
1.1.8 Akutmottagning.....	5
1.1.9 Sekretesskyddad patient.....	6
1.2 Medgivande.....	7
1.2.1 Medgivande.....	7
1.2.2 Om vårdtagaren säger nej till informationsutbyte.....	7
1.2.3 Broschyr.....	7
2 Meddelanden i vårdkedjan.....	8
2.1 Vårdrapport.....	8
2.1.1 Vårdtagare som omfattas.....	8
2.1.2 Ansvar i ordinärt boende.....	8
2.1.3 Uppdatering.....	8
2.1.4 Användning.....	8
2.1.5 Kvittens.....	8
2.2 Svar på Vårdrapport.....	9
2.2.1 Akutmottagning.....	9
2.2.2 Patient i öppenvård som får tillgång till sängplats (Observationspatienter).....	9
2.3 Inskrivningsmeddelande.....	10
2.3.1 När Inskrivningsmeddelande ska skickas.....	10
2.3.2 Kort vårdtid.....	10
2.3.3 Om vårdtagaren säger nej till informationsutbyte.....	10
2.3.4 Mottagande av Inskrivningsmeddelande (kommun och primärvård).....	10
2.4 Kallelse till vårdplanering.....	11
2.4.1 Ansvar.....	11
2.4.2 När Kallelse till vårdplanering ska skickas.....	11
2.4.3 Vårdplaneringsprocessen inleds.....	11
2.4.4 Vårdplansdelen (gäller somatiska slutenvården).....	11
2.4.5 Sända Kallelse till vårdplanering (gäller somatiska slutenvården).....	11
2.4.6 Sända Kallelse till vårdplanering (gäller psykiatriska slutenvården).....	11
2.4.7 Vårdplanering ska ske inom tre dygn.....	11
2.4.8 Förändrat tillstånd hos vårdtagaren.....	11
2.4.9 Palliativ diagnos.....	11
2.4.10 Läkarmedverkan.....	11
2.4.11 Mottagande av Kallelse till vårdplanering (gäller kommun och primärvård).....	12
2.5 Vårdplan.....	13
2.5.1 Nulägesrapport från slutenvården.....	13
2.5.2 Närståendes medverkan.....	13
2.5.3 Vårdplanering fm och em.....	13
2.5.4 Oförändrade insatser.....	13
2.5.5 Justering.....	13

2.5.6 Tid för justering (gäller kommun, primärvård och psykiatrisk slutenvård).....	13
2.5.7 Förändrat tillstånd hos vårdtagaren efter vårdplanering.....	13
2.5.8 Justerad vårdplan sparas i slutenvårdens journal.....	13
2.6 Utskrivningsklar.....	14
2.6.1 Ansvar.....	14
2.6.2 Vårdplanering ska ha ägt rum (gäller ej kort Vårdtid).....	14
2.6.3 Senast dagen före utskrivning.....	14
2.6.4 Meddelande om plats på Korttidsboende eller Särskilt boende.....	14
2.6.5 Återtag av utskrivningsklar.....	14
2.6.6 Mottagande av Utskrivningsklar (kommun och primärvård).....	14
2.7 Utskrivningsmeddelande.....	15
2.7.1 Skickas vid utskrivning.....	15
2.7.2 Ansvar.....	15
2.7.3 Läkemedelslista och läkemedel.....	15
2.7.4 Mottagande av Utskrivningsmeddelandet (kommun och primärvård).....	15
2.8 Extrameddelande.....	16
2.8.1 Användande.....	16
2.8.2 Mottagande av Extrameddelande.....	16
3 Mottagande av meddelande.....	17
3.1 Kvittenser.....	17
3.1.1 Meddelanden som omfattas.....	17
3.1.2 Tidsregler.....	17
3.2 Meddelande som kommer till fel mottagare.....	17
3.2.1 Skyldighet att vidarebefordra.....	17
3.3 Mottagande av Kallelse till vårdplanering.....	17
3.3.1 Mottagande av Kallelse till vårdplanering.....	17
3.4 Mottagande av Utskrivningsmeddelande.....	18
3.4.1 Ansvar vid utskrivning.....	18
4 Övrigt.....	19
4.1 Övrigt.....	19
4.1.1 Avliden.....	19
4.1.2 Ansvar för vårdkedjan.....	19
4.1.3 Språkbruk.....	19
4.1.4 Kritik.....	19
4.1.5 Förberedelser inför vårdplan.....	19
4.1.6 Nåbarhet.....	19
4.1.7 Ansvar för kvittenser och utförande.....	19
4.1.8 Byte av avdelning och klinik.....	19
4.1.9 Tillfällig vårdplats på annat sjukhus.....	19
4.1.10 Möta upp vid hemkomst.....	19

1 Allmänt

Kapitlet rör allmänna rutiner som t ex vilka vårdtagare som omfattas av samordnad vårdplanering.

1.1 Patientgrupper som ingår i samordnad vårdplanering

1.1.1 Målgrupp

Målgrupp är person som är folkbokförd i någon av Blekinges kommuner och som vårdas inom länet.

1.1.2 Utomlänspatienter

För utomlänspatienter används manuella faxrutiner.

1.1.3 Insatsbehov

Samordnad vårdplanering ska genomföras på alla vårdtagare som har vård/omsorgsinsatser (ej enbart serviceinsats*) från primärvård eller kommun sedan tidigare eller som inte haft någon insats tidigare men som bedöms vara i behov av det efter utskrivning. Gäller även vårdtagare med enbart paramedicinsk insats.

1.1.4 Öppen tvångsvård (gäller Psykiatrin)

Samordnad vårdplanering ska genomföras på de vårdtagare inom psykiatrin som kommer att vårdas inom Öppen tvångsvård (SOSFS 2008:18, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård).

1.1.5 Serviceinsats

För vårdtagare med enbart serviceinsats* ska ej vårdkedja skickas om inte ändrat behov av insats finns, t ex nytt behov av omvårdnadsinsats eller medicinsk insats.

1.1.6 Behov av Serviceinsats efter vårdtid

För vårdtagare som **inte** har serviceinsats* sedan tidigare men som kommer att behöva sådan insats ska **telefonkontakt** tas med ordinarie biståndshandläggare för planering av serviceinsatsen.

1.1.7 Patient i öppenvård som får tillgång till sängplats (Observationspatienter)

För patient i öppenvård som får tillgång till sängplats (Observationspatienter) ska Svar på Vårdrapport användas. Gäller endast de vårdtagare som har insats av kommun eller primärvård sedan tidigare.

1.1.8 Akutmottagning

För vårdtagare på akutmottagning (där inläggning på sluten vård ej sker) ska Svar på Vårdrapport användas.

* Serviceinsats = städ, matdistribution, larm, tvätt och inköp.

1.1.9 Sekretesskyddad patient

Om samordnad vårdplanering behöver göras på en vårdtagare med sekretesskydd **får inte** informationsutbyte mellan huvudmännen ske med det elektroniska vårdplaneringssystemet eller med fax. Telefonkontakt får tas med berörda handläggare. **Mycket viktigt** att alla involverade informeras om den skyddade identiteten och att ärendet hanteras därefter. Vårdtagaren **måste** vara involverad i hög grad och vara med och bestämma var, när och hur kontakt sker.

Dokumentation av beslut tagna vid vårdplanering ska **endast** dokumenteras i journal och verksamhetssystem (ej i vårdplaneringssystem eller fax). Information om när vårdtagaren är utskrivningsklar samt vid utskrivning får ske muntligt i form av telefonkontakt.

Vid hemsjukvård är det endast de som ska ge denna vård som ska känna till adressen till de sekretesskyddade. Vid vårdplanering är det därför väsentligt att diskutera med patienten kring hanteringen av adressuppgifter.

1.2 Medgivande

För att information ska kunna utbytas mellan olika huvudmän (kommun och landsting) måste vårdtagaren ge sitt samtycke. I de fall vårdtagarens samtycke till informationsutbyte inte kan inhämtas, på grund av hans eller hennes psykiska eller somatiska tillstånd, kan kontakt tas med närstående för att utröna vårdtagarens inställning.

I vissa fall saknas möjlighet att utröna vårdtagarens inställning. En bedömning måste då göras om uppgifter ändå kan lämnas ut, menprövning*.

1.2.1 Medgivande

Vårdtagaren/närståendes medgivande (alt menprövning*) skall inhämtas innan informationsutbyte mellan huvudmän får ske. Detta gäller både muntlig och skriftlig information.

1.2.2 Om vårdtagaren säger nej till informationsutbyte

Om vårdtagaren **ej samtycker** till informationsutbyte får Inskrivningsmeddelande skickas. Inga uppgifter om vårdtagarens tillstånd kan lämnas. Kallelse till vårdplanering kan inte skickas. Inskrivningsmeddelandet är i detta fall endast en information om att vårdtagaren är intagen inom slutenvården. Översändande av Inskrivningsmeddelandet innebär inte att vårdplanering inletts. Inskrivningsmeddelandet försvinner med automatik efter fem dygn.

1.2.3 Broschyr

I samband med att medgivande erhålls från vårdtagaren ska broschyren **”Rutiner och medgivande”** skrivas ut och lämnas till vårdtagare eller närstående (gäller kommun, primärvård och slutenvård). Även broschyren **”Vad händer efter min sjukhusvistelse”** ska lämnas (gäller slutenvården).

* Menprövning = Prövning om uppgifter kan lämnas om en enskild vårdtagare utan att vårdtagaren eller dess anhöriga kan ta skada (lida men). Vid menprövning i slutenvården ska beslut tas av ansvarig läkare som dokumenterar beslutat i journalen. I kommunen kan sjuksköterska och biståndshandläggare ta beslut om menprövning.

2 Meddelanden i vårdkedjan

Det finns flera olika dokument och meddelanden som kan skickas i vårdkedjan, Vårdrapport, Svar på vårdrapport, Inskrivningsmeddelande, Kallelse till vårdplanering, Vårdplan, Utskrivningsklar, Utskrivningsmeddelande och Extrameddelande. I följande beskrivs rutinerna för användande av vart och ett av meddelandena.

2.1 Vårdrapport

Vårdrapport består av information från kommun och primärvården till slutenvården. För alla vårdtagare med insatser från kommun eller primärvård skall en Vårdrapport läggas upp och skickas. Observera att blanketten Vårdrapport ska användas både vid akuta och planerade inläggningar.

2.1.1 Vårdtagare som omfattas

Vårdrapport skall läggas upp på alla vårdtagare som har någon form av insats, EJ SERVICEINSATSER, från kommun eller primärvård. Vårdrapporten skrivs av de yrkeskategorier som ansvarar för någon insats hos en vårdtagare. Var och en skriver utifrån sin profession.

Vårdrapport ska skrivas oavsett om vårdtagaren finns på särskilt boende (kommunen ansvarar) eller ordinärt boende (kommunen och primärvården ansvarar).

2.1.2 Ansvar i ordinärt boende

Vid beslut om omvårdnadsinsatser ska kommunens personal skriva och uppdatera i Vårdrapporten. Vid beslut om hälso- och sjukvårdsinsatser ska landstingets personal skriva. Observera att både kommunen och landstingets personal skriver i samma dokument och har ett gemensamt ansvar för Vårdrapporten.

2.1.3 Uppdatering

Vårdrapporten skall uppdateras vid förändring, t ex insatsförändring. Vårdrapporten ska alltid uppdateras efter hemgång från slutenvården/akutmottagning/observationsplats. När vårdrapporten lagts upp eller uppdaterats skall den **alltid skickas**, detta för att andra professioner ska kunna skriva/läsa/lämna svar på vårdrapporten.

Om du enbart sparar Vårdrapporten innebär det att enbart du kan arbeta i den.

2.1.4 Användning

Uppdaterad och skickad Vårdrapport ska användas vid akut besök på akutmottagningarna samt vid planerad inläggning.

2.1.5 Kvittens

Vårdrapport som kopplas till vårdtillfälle (vårdperiod) ska kvitteras av slutenvården.



2.2 Svar på Vårdrapport

Svar på Vårdrapport används för de vårdtagare som ej blir inlagda på slutenvården. Svar på Vårdrapport används för de vårdtagare som sedan tidigare har någon insats från kommun eller primärvård. Kräver att Vårdrapport är upplagd och skickad av kommun eller primärvård

2.2.1 Akutmottagning

Svar på Vårdrapport ska skickas från Blekingesjukhuset och psykiatrin till kommun och primärvård för de vårdtagare som varit på akutmott och som ej läggs in på slutenvården utan återgår till sitt boende (ordinärt eller särskilt boende).

2.2.2 Patient i öppenvård som får tillgång till sängplats (Observationspatienter)

För patient i öppenvård som får tillgång till sängplats (Observationspatienter) ska "Svar på Vårdrapport" användas. Gäller endast de vårdtagare som har insats av kommun eller primärvård sedan tidigare.



2.3 Inskrivningsmeddelande

Inskrivningsmeddelandet innebär att berörd personal på kommun och primärvård informeras om att en viss vårdtagare blivit intagen på slutenvården.

2.3.1 När Inskrivningsmeddelande ska skickas

Inskrivningsmeddelandet ska skickas **omedelbart** efter inskrivning på avdelningen på de vårdtagare som sedan tidigare har vård/omsorgsinsats från kommun/primärvård (ej serviceinsatser *).

På de vårdtagare som inte har några insatser från kommun/primärvård sedan tidigare men som kommer att **vara i behov av det** efter utskrivning, ska Inskrivningsmeddelandet skickas så fort som behovet av insats konstaterats.

2.3.2 Kort vårdtid

På de vårdtagare där vårdtiden bedöms understiga 5 dagar (somatiska slutenvården) respektive 12 dagar (psykiatriska slutenvården) och där insatserna bedöms vara oförändrade vid utskrivning ska rutan "Kort vårdtid" kryssas i. Detta innebär att kallelse till vårdplanering och vårdplan ej behöver göras.

Utskrivningsklar måste skickas senast dagen innan patienten blir utskriven (före kl 15:00).

Utskrivningsmeddelande ska skickas samma dag som utskrivningen sker.

När kryssrutan "Kort vårdtid" är ifylld **skall** kommun och primärvård höra av sig till vårdavdelningen **senast nästkommande vardag** för information.

Om någon huvudman anser att vårdplanering måste genomföras ska kallelse till vårdplanering skickas och vårdplan genomföras! Detta kan meddelas via telefon eller Extrameddelande med motivering.

Observera att det inte med automatik innebär att kort vårdtid kan användas för att vårdtagaren kommer från Särskilt boende!

2.3.3 Om vårdtagaren säger nej till informationsutbyte

Om vårdtagaren **ej samtycker** till informationsutbyte får Inskrivningsmeddelande skickas (se rutin 1.2.2)

2.3.4 Mottagande av Inskrivningsmeddelande (kommun och primärvård)

Inskrivningsmeddelandet skall kvitteras samma dag när det skickats före kl 15:00, om meddelandet skickats efter kl 15:00 ska det kvitteras senast morgonen efter.

När "Kort vårdtid" är ikryssat ska kontakt tas med vårdavdelningen senast nästkommande vardag för information, gäller både kommun och primärvård.

* Serviceinsats = städ, matdistribution, larm, tvätt och inköp.

2.4 Kallelse till vårdplanering

Kallelse till vårdplanering skickas när det finns underlag för vårdplanering (man måste veta vad man planerar för). Första vardagen efter meddelandet skickats inleds vårdplanering och karensdagarna för betalningsansvaret börjar räknas.

2.4.1 Ansvar

Behandlande läkare på slutenvården är ansvarig för att kalla till vårdplanering.

2.4.2 När Kallelse till vårdplanering ska skickas

Meddelandet skickas när det finns underlag för vårdplanering. **Meddelandet får ej skickas för tidigt.** Man ska ha kommit så långt i vårdprocessen att underlag finns. Man ska veta vilket behov man planerar för.

2.4.3 Vårdplaneringsprocessen inleds

Med Kallelse till vårdplanering inleds vårdplaneringsprocessen nästkommande vardag.

2.4.4 Vårdplansdelen (gäller somatiska slutenvården)

Sjuksköterskan, läkaren, arbetsterapeut och sjukgymnast ska skriva sina delar i Vårdplanen i de vårdkedjor som man är delaktig i. Observera att sjuksköterskan **alltid** måste skriva sin del.

2.4.5 Sända Kallelse till vårdplanering (gäller somatiska slutenvården)

Kallelse till vårdplanering sänds när slutenvården justerat sin del i vårdplanen.

2.4.6 Sända Kallelse till vårdplanering (gäller psykiatriska slutenvården)

Kallelse till vårdplanering sänds när meddelandet skrivits. (Vårdplansdelen skrivs i samband med vårdplaneringen.)

2.4.7 Vårdplanering ska ske inom tre dygn

Vårdplanering ska genomföras inom 3 dygn (vardagar) från det att Kallelsen till vårdplanering skickats. Gäller både somatisk och psykiatrisk vård.

2.4.8 Förändrat tillstånd hos vårdtagaren

Om patientens tillstånd förändras och den planerade vårdplaneringen inte kan genomföras ska Kallelse till vårdplanering makuleras. Ny Kallelse till vårdplanering skickas när det på nytt bedöms vara aktuellt med vårdplanering. (Tänk på att i förekommande fall även makulera vårdplanen.)

2.4.9 Palliativ diagnos

Det ska framgå i Kallelsen till vårdplanering om vårdtagaren har palliativ diagnos (Z51.5), se länets gemensamma palliativa vårdprogram.

2.4.10 Läkarmedverkan

Ansvarig läkare i slutenvården ansvarar för att läkaren, som vårdtagaren är listad hos, kontaktas vid behov av medverkan vid vårdplaneringen (se Bilaga 1, Rutin för läkarkontakt i samband med informationsöverföring och utskrivning av patienter.)



2.4.11 Mottagande av Kallelse till vårdplanering (gäller kommun och primärvård)

Mottagare av meddelandet ska **senast nästkommande vardag** ta kontakt med vårdavdelningen för att komma överens om vårdplaneringen.

Alla mottagare av Kallelse till vårdplanering har sitt **eget ansvar** att ta kontakt och bilda sig en uppfattning om vårdtagaren. Tänk på att även detta samtal kan räknas som en vårdplanering. Eventuella överenskommelser som görs ska dokumenteras.



2.5 Vårdplan

All vårdplanering skall utmynna i en vårdplan. Vårdplanen syftar till att ge en samlad bild av vårdtagarens behov av omvårdnads- samt hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivningen. En vårdplan är upprättad när den justerats av företrädare från de ansvariga huvudmännen.

2.5.1 Nulägesrapport från slutenvården

Vårdplanen från somatiska slutenvården skrivs och justeras i samband med att Kallelse till vårdplanering skickas. Denna vårdplan innehåller nulägesrapport om vårdtagaren. Psykiatriska slutenvården skriver vårdplanen i samband med genomförandet av vårdplanen.

2.5.2 Närståendes medverkan

Slutenvården är ansvarig för att meddela närstående om vårdplaneringstiden och erbjuda dem att delta vid den fastställda vårdplanstiden. Om de närstående ej kan delta ska de erbjudas möjlighet till att delta per telefon.

2.5.3 Vårdplanering fm och em

Vårdplaneringar ska kunna genomföras både förmiddagar och eftermiddagar.

2.5.4 Oförändrade insatser

Om det beslutas om oförändrade insatser jämfört med tidigare, ska det framgå att insatser är oförändrade samt en kort sammanfattning om vad dessa insatser innebär.

2.5.5 Justering

Vårdplanen ska justeras av varje huvudman. Justering innebär att man godkänner sin egen huvudmans del.

2.5.6 Tid för justering (gäller kommun, primärvård och psykiatrisk slutenvård)

Vårdplanen ska justeras snarast, **senast inom 24 timmar**. Om möjligt ska justering göras i samband med att vårdplaneringen sker.

2.5.7 Förändrat tillstånd hos vårdtagaren efter vårdplanering

Om vårdtagarens tillstånd förändras så att innehållet i den justerade vårdplanen **väsentligt** påverkats eller vid väsentlig medicinsk förändring, ska slutenvården makulera vårdplanen och en ny vårdplan ska genomföras och upprättas. En ny Kallelse till vårdplanering ska skickas. Vårdplanen behöver ej makuleras och göras om vid mindre förändringar, t ex ändrat datum för hemgång.

2.5.8 Justerad vårdplan sparas i slutenvårdens journal

Den upprättade vårdplanen ska sparas i slutenvårdens journal.



2.6 Utskrivningsklar

Utskrivningsklar skickas när vårdtagaren inte längre bedöms behöva vård inom landstingets slutenvård. Betalningsansvar träder i kraft dagen efter vårdtagaren blivit utskrivningsklar under förutsättning att 5 vardagar (somatiska slutenvården) respektive 30 vardagar (psykiatriska slutenvården) förflutit sedan Kallelse till vårdplanering skickats.

2.6.1 Ansvar

Utskrivningsklar skickas när vårdtagaren av ansvarig läkare på slutenvården ej bedöms behöva vård vid enhet inom lanstingets slutenvård.

2.6.2 Vårdplanering ska ha ägt rum (gäller ej kort Vårdtid)

Vårdplanering ska ha ägt rum innan vårdtagaren blir utskrivningsklar. Vårdplanen behöver dock inte vara justerad av alla huvudmän för att Utskrivningsklar ska kunna skickas.

2.6.3 Senast dagen före utskrivning

Utskrivningsklar ska skickas senast dagen före utskrivning. Utskrivningsklar innebär att vårdtagaren ska kunna lämna slutenvården dagen efter meddelandet skickats.

2.6.4 Meddelande om plats på Korttidsboende eller Särskilt boende

Om kommunen meddelar slutenvården, innan kl. 10.00, att beslutade insatser är klara och att man kan ta emot vårdtagaren, ska denna kunna lämna slutenvården samma dag.

2.6.5 Återtag av utskrivningsklar

Utskrivningsklar ska återtas om vårdtagarens tillstånd försämras och ej längre bedöms kunna skrivas ut. Utskrivningsklar skickas på nytt när vårdtagaren åter bedöms vara utskrivningsklar. Om vårdtagarens tillstånd förändras så att innehållet i vårdplanen **väsentligt påverkats** ska slutenvården även makulera Vårdplanen och skicka ny Kallelse till vårdplanering.

2.6.6 Mottagande av Utskrivningsklar (kommun och primärvård)

Utskrivningsklar skall kvitteras samma dag om det skickats före kl 15:00, om meddelandet skickats efter kl 15:00 ska det kvitteras senast morgonen efter.



2.7 Utskrivningsmeddelande

Utskrivningsmeddelandet skickas samma dag som vårdtagaren lämnar slutenvården.

Utskrivningsmeddelande kan skickas tidigast när alla parter har justerat vårdplanen (gäller ej kort vårdtid).

2.7.1 Skickas vid utskrivning

Utskrivningsmeddelandet skickas samma dag som vårdtagaren skrivs ut från slutenvården.

2.7.2 Ansvar

Ansvar för patientens vård övergår till kommunen och primärvården när slutenvården mottagit kvittens på Utskrivningsmeddelandet.

Kvittens av utskrivningsmeddelandet under lör/sön/helgdag innebär endast en bekräftelse på att meddelandet kommit fram till mottagaren, medan medicinskt ansvar av organisatoriska skäl ej kan tas över förrän nästföljande vardag.

Detta hindrar dock inte att vårdtagaren kan skrivas ut under helgen men slutenvården ska försäkra sig om att mottagare av vårdtagaren finns, samt att de insatser som krävs under helgen kan utföras av kommunens och primärvårdens personal.

2.7.3 Läkemedelslista och läkemedel

Aktuell läkemedelslista ska följa med vårdtagaren vid utskrivning. Läkemedel ska skickas med så att det räcker t o m nästkommande vardag.

2.7.4 Mottagande av Utskrivningsmeddelandet (kommun och primärvård)

Utskrivningsmeddelandet skall kvitteras samma dag om det skickats före kl 15:00, om meddelandet skickats efter kl 15:00 ska det kvitteras senast morgonen efter.



2.8 Extrameddelande

Extrameddelande kan skickas av både slutenvård, kommun och primärvård.

2.8.1 Användande

Extrameddelande används när extra kontakt med övriga huvudmän behöver tas.

Extrameddelande får ej ersätta något annat meddelande i vårdkedjan utan används enbart som komplement.

Extrameddelandet ska användas när Vårdrapporten behöver uppdateras efter påbörjad vårdkedja.

2.8.2 Mottagande av Extrameddelande

Extrameddelandet skall kvitteras samma dag om det skickats före kl 15:00, om meddelandet skickats efter kl 15:00 ska det kvitteras senast morgonen efter.



3 Mottagande av meddelande

Mottagande av meddelande innebär ett ansvar. Nedan följer beskrivning av rutiner för kvittenser, hantering av meddelanden som kommer fel, hur mottagande av vissa meddelanden ska hanteras utöver kvittenser.

3.1 Kvittenser

Alla meddelande som skickas ska kvitteras som en bekräftelse på att meddelandet kommit fram.

3.1.1 Meddelanden som omfattas

Alla meddelanden, utom Vårdplan som omfattas av andra rutiner, ska kvitteras av mottagande huvudman.

3.1.2 Tidsregler

Meddelanden som skickas före kl 15:00 ska kvitteras samma dag, gäller både vardag och helgdag. Meddelanden som skickas efter kl 15:00 ska kvitteras senast nästa morgon. Kvittensen är en bekräftelse på att meddelandet kommit fram till mottagaren.

3.2 Meddelande som kommer till fel mottagare

Finns lokala rutiner hos varje huvudman gällande hur meddelande som kommer fel ska hanteras.

3.2.1 Skyldighet att vidarebefordra

Meddelanden går till de ansvariga enligt folkbokföringsadressen och andra regelverk. Dessa ansvariga ska se till att ansvarige för t ex en tillfällig vistelseadress får information om vårdkedjan – se lokala rutiner.

3.3 Mottagande av Kallelse till vårdplanering

3.3.1 Mottagande av Kallelse till vårdplanering

Mottagare av meddelandet ska **senast nästkommande vardag** ta kontakt med vårdavdelningen för att komma överens om vårdplaneringen.

Alla mottagare av Kallelse till vårdplanering har sitt **eget ansvar** att ta kontakt och bilda sig en uppfattning om vårdtagaren. Tänk på att även detta samtal kan räknas som en vårdplanering. Eventuella överenskommelser som görs ska dokumenteras.



3.4 Mottagande av Utskrivningsmeddelande

3.4.1 Ansvar vid utskrivning

Ansvar för patientens vård övergår till kommunen och primärvården när slutenvården mottagit kvittens på Utskrivningsmeddelandet.

Kvittens av utskrivningsmeddelandet under lör/sön/helgdag innebär endast en bekräftelse på att meddelandet kommit fram till mottagaren, medan medicinskt ansvar av organisatoriska skäl ej kan tas över förrän nästföljande vardag.

Detta hindrar dock inte att vårdtagaren kan skrivas ut under helgen men slutenvården ska försäkra sig om att mottagare av vårdtagaren finns, samt att de insatser som krävs under helgen kan utföras av kommunens och primärvårdens personal.



4 Övrigt

4.1 Övrigt

4.1.1 Avliden

När vårdtagare som ingår i en vårdkedja avlider ska Utskrivningsklar eller Utskrivningsmeddelande med information om dödsfallet skickas snarast.

4.1.2 Ansvar för vårdkedjan

Alla ansvariga yrkesgrupper och huvudmän har ett eget och gemensamt ansvar för samordning och genomförande av vårdplanering.

4.1.3 Språkbruk

Viktigt att skriva enkelt, på svenska – utan facktermer.

4.1.4 Kritik

Vid brister ska kritik riktas till rätt ställe/person (avd chef eller arb ledare), inte till den enskilde medarbetaren. Brister ska även lyftas till systemförvaltare så att frågan lyfts i rätt forum.

4.1.5 Förberedelser inför vårdplan

Måste vara förberedd inför vårdplaneringen, den som deltar ska vara utsedd, lämplig lokal vara förberedd. Dator ska finnas tillgänglig för att möjliggöra skrivande och justering av Vårdplan på plats. De som deltar ska vara pålästa om vårdtagaren och vårdkedjan som rör vårdtagaren.

4.1.6 Nåbarhet

Lokala rutiner hos varje huvudman för nåbarhet vid ledigheter.

4.1.7 Ansvar för kvittenser och utförande

Ansvariga kvitterare och utförare ska kontrollera nya meddelanden i vårdkedjor minst 2 ggr/dag.

4.1.8 Byte av avdelning och klinik

Vid byte av avdelning och klinik ska den pågående vårdkedjan fortsätta. Avdelningen som vårdtagaren lämnar ska flytta över vårdkedjan till den nya avdelningen.

4.1.9 Tillfällig vårdplats på annat sjukhus

Rutinen är under utredning!

4.1.10 Möta upp vid hemkomst

Alla huvudmännen har ett gemensamt ansvar för att förvissa sig om att vårdtagaren möts upp vid hemkomst, när behov av detta förekommer.

Framtagna rutiner gäller oavsett om vårdtagaren bor i ordinärt- eller särskilt boende.

Framtagna rutiner får inte under några omständigheter ändras eller frångås!



Bilaga 1

RUTIN FÖR LÄKARKONTAKT I SAMBAND MED INFORMATIONSOVERFÖRING OCH UTSKRIVNING AV PATIENTER

Kontakt läkare till läkare

Om patienten ger sitt medgivande och någon av nedanstående angivna medicinska kriterier är uppfyllda skall det alltid finnas personlig kontakt per telefon mellan patientansvarig läkare på Blekingesjukhuset och patientansvarig läkare i Primärvården innan utskrivning. När överenskommelse om övertagande gjorts och detta dokumenterats i journal och i OVK-utskrivningsmeddelande kan överflyttning av vårdansvaret för patient ske. Kontakten skall tas senast dagen före tänkt utskrivning

Medicinska kriterier

Vid följande medicinska kriterier skall kontakt läkare till läkare ske:

- Patienter med vård i livets slutskede.
- Patienter som riskerar återinläggning inom några dygn.
- Patienter som har medicinsk behandling och som ej är stabil utan kräver täta kontroller och ställningstagande.
- Patienter som har behandling och som kräver avancerad medicinskteknisk utrustning.
- Patienter där sjukhusläkaren vill ha tidig uppföljning inom t ex 2 veckor eller annan exakt bokad tid hos/via distriktsläkaren.
- För övrigt kan direktkontakt tas när sjukhusläkaren så anser.

Fastställt vid Blekingesjukhusets och Primärvårdens ledningsmöte
2004 02 09.



