

SAMSPÄL

Samverkansmodell för planering och informationsöverföring i en
Samordnad Individuell Planeringsprocess i Blekinge

Modell

SAMSPEL

- en länsgemensam modell där utgångspunkten är den äldres perspektiv med ett gemensamt ansvar för planering och informationsöverföring av vård och omsorg.

Den äldre ska ha inflytande och vara delaktig för att få sina behov av hälso- och sjukvård samt socialtjänst tillgodosedda. Den äldre ska ges en ökad trygghet med förebyggande insatser, utifrån sina egna resurser och förmågor, och därmed inte behöva vistas på sjukhus i onödan. SAMSPEL är namnet på en modell för planering och informationsöverföring i vården och omsorgen av de mest sjuka äldre i Blekinge. Den är gemensamt utarbetad av representanter från kommunerna i länet och landstinget. Alla aktörer ska utifrån den äldres perspektiv synliggöra individens behov och ska i varje möte inta ett empatiskt förhållningssätt. På uppdrag från LSVO (Ledningssamverkan inom vård och omsorg) har en modell utarbetats som gäller planering och informationsöverföring. Modellen har behandlats i och beslutats av LSVO och gäller i första skedet äldre personer, men kan vidareutvecklas för att kunna användas för alla som har behov av samordnade insatser. Detta är ett utvecklingsarbete som ska ske inom ramen för befintlig verksamhet och det är därmed alla chefers ansvar att delta och prioritera.

Varje vårdgivare ska införa och följa upp SAMSPEL.

Utvecklingsgruppen: *Helén Ahlberg*, verksamhetschef för hälso- och sjukvårdsorganisationen, Ronneby kommun
Elisabeth Andersson, planerings- och utvecklingsavdelningen, Landstinget Blekinge
Ingrid Hoffmann, planerings- och utvecklingsavdelningen, Landstinget Blekinge
Suzana Johansson, chefssjuksköterska, Blekingesjukhuset
Karin Nedefors, Blekinge Kompetenscentrum
Marie Söderström, Psykiatri och habiliteringsförvaltningen, Landstinget Blekinge
Annika Tronje, Socialt ansvarig samordnare, Karlskrona kommun
Annika Wåhlin, Blekinge Kompetenscentrum

Förord

Äldre med flera sjukdomar och många vårdkontakter har ofta svårt att hålla reda på vem som ska göra vad och varför. Fokus för ett samordnande arbete ligger på den äldres upplevda behov och tillvaratagande av dennes resurser och förmågor. Under senare år har ansvarsfördelning och roller förändrats inom kommuner och landsting. Det finns därför ett stort behov av gemensamma rutiner och samverkan där ansvarstagande från alla parter är nödvändigt. Eftersom den enskildes perspektiv ska vara avgörande, krävs tydliga roller och väl definierade strukturer. SAMSPEL är ett sätt att möta dessa behov.

En undersökning i Blekinge år 2013 bekräftade bilden att vårdplaneringsprocessen behöver förbättras och skifta fokus. Undersökningen pekade också på att vårdplaneringsmötena ibland har fått en form som har upplevts negativt, inte minst av individen. Ett intryck av att många av aktörerna kommer dåligt förberedda till mötena eller helt uteblir är också tydligt. Detta kan ses som ett tecken på att det finns en stor osäkerhet om ansvarsfördelningen mellan de olika aktörerna. PRATOR, som är ett IT-system för informationsöverföring, används inte på ett ändamålsenligt sätt. Detta beror ofta på att aktörer i vårdkedjan inte har dokumenterat uppgifter eller dokumenterat felaktigt. Den felaktiga uppfattningen att PRATOR är samma sak som vårdplaneringsprocessen förekommer också. PRATOR är ett viktigt redskap i processen men helheten är mycket större. Den nämnda undersökningen mynnade bland annat ut i rekommendationen att en grupp med representanter för olika professioner behövde tillsättas. Med utgångspunkt från de redan existerande ”Gemensamma Blekingerutiner för Samordnad Vårdplanering” behöver man dessutom ta ännu mer hänsyn till patienterna som individer. Det är detta och andra viktiga rön från rapporten som nu bearbetas och utvecklas av dem som arbetar med SAMSPEL.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL) samt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är tydliga: Respektive huvudman ska ta ansvar för samverkan utifrån den enskildes behov. Alla aktörer har en skyldighet att samverka. Detta blir ännu tydligare i den nya Patientlagen som träder i kraft 1/1 2015, där individens delaktighet och självbestämmande blir klarare uttalat än i tidigare lagstiftning.

Modellen för SAMSPEL som vi nu presenterar beskriver ett flöde där roller och ansvar tydliggörs vid samordnad vård- och omsorgsplanering mellan landstingets slutenvård, primärvård, och kommunal vård och omsorg. SAMSPEL kan användas även om samtliga berörda aktörer har en och samma huvudman. Samordnad vård- och omsorgsplanering omfattar såväl planering i hemmet som inskrivnings- och utskrivningsplanering i samband med vård på sjukhus.

Samverkan och ansvarsfördelning i individärenden förutsätter att parterna har kunskap, förståelse och respekt för varandras uppdrag, förutsättningar och roller. Det behöver också finnas en tillit till varandras förmåga att hantera frågorna och valet av insatser/åtgärder.

Samverkan mellan landstinget och kommunerna ska ge effekter i form av trygghet för den enskilde och en bättre användning av de totala resurserna, personalens kompetens och ekonomiska medel. För att möjliggöra den äldres delaktighet och inflytande har SAMSPEL delats in i tre delar som var och en tar itu med olika kritiska skeden när planering och information ska delas mellan olika aktörer. De tre delarna SAMSPEL har delats in i är: *Samordnad Individuell Plan (SIP)*, *Beslutsstöd för vård på rätt vårdnivå* samt *Säker utskrivning*. I nedanstående bild åskådliggörs dessa tre delar ur individens perspektiv.

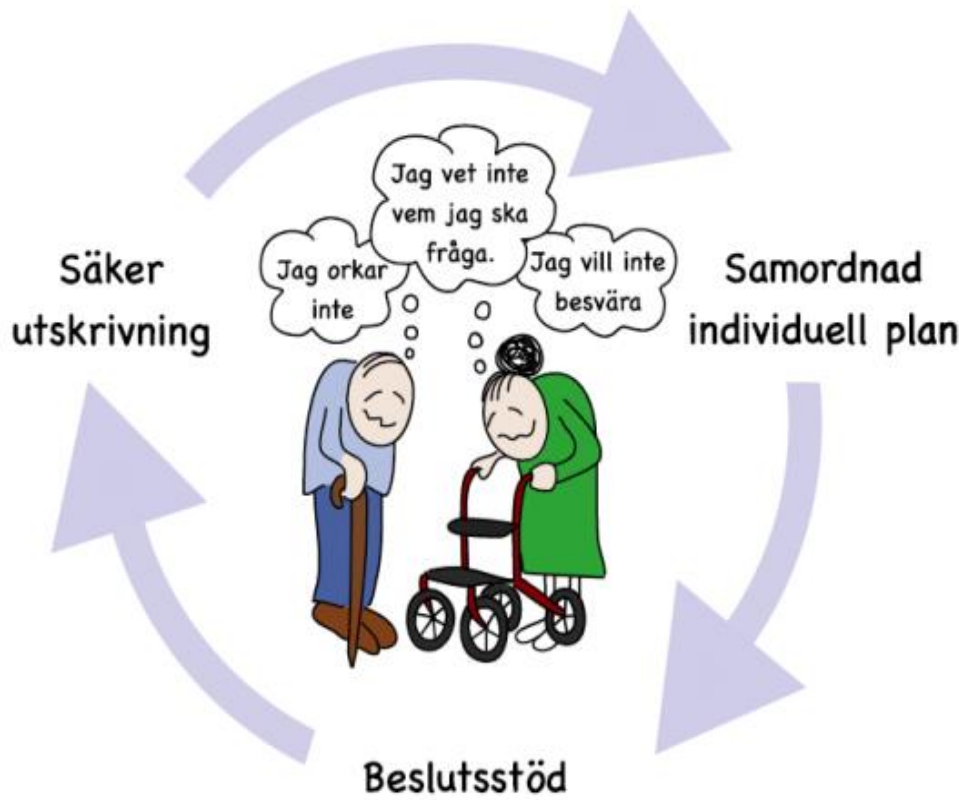


Bild 1. SAMSPELs tre delar med individens perspektiv. För att möjliggöra den äldres delaktighet och inflytande har SAMSPEL delats in i tre delar som var och en tar itu med olika kritiska skeden när planering och information ska delas mellan olika aktörer. Modellens olika delar kan fungera var för sig eller i en process. Viktigt är att det i större utsträckning ses ett behov av en samordnad planering av insatser från vården och omsorgen för att den äldre ska uppleva trygghet i sin vardag. Den samordnade planeringen medför även att individen erbjuds en förebyggande vård och omsorg med utgångspunkt i individens behov.

Innehåll

1. SAMSPEL – ur individens perspektiv	6
2. Samverkan	6
3. Samordnad Individuell Plan (SIP)	9
3.2 Förberedelse	11
3.3 Samordning sker, SIP-möte/möten.....	12
3.4 Dokumentation, samordnad individuell plan.....	13
3.4.1 Planeringsdokument	13
3.5 Samordnare utses, fasta vårdkontakter identifieras	14
3.6 Genomförande av vård-/omsorgsinsatser, uppföljning.....	16
3.7 Uppföljning/revidering av SIP.....	16
4. Beslutsstöd - Bedömning av vårdnivå.....	16
5. Säker utskrivning.....	17
5.1 Hemgång från akuten.....	17
5.2 Blir inlagd på avdelning	17
5.4 Trygg Hemgång	18
6. Ansvar och roller.....	19
6.1 Vårdcentral	19
6.2 Kommun.....	19
6.3 Sjukhus	20
7. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	22
Bilaga 1. Process för Samordnad Individuell Plan (SIP).....	23
Bilaga 2. Definitioner och begreppsförklaringar.....	24

1. SAMSPEL – ur individens perspektiv

SAMSPEL utgår från individens perspektiv och utvecklar informationsöverföring samt planering i vård- och omsorgsprocessen.

Det övergripande målet är att uppfylla den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården och omsorgen. Det sker med hjälp av insatser som bestäms av individens behov för att på bästa sätt ta till vara dennes resurser och förmågor. Den enskilde ska få möjlighet att leva självständigt, under trygga förhållanden och bli bemött med respekt för självbestämmande och integritet. När hon eller han har behov av samordnade insatser från flera aktörer ska en samordnad individuell plan upprättas.

2. Samverkan

Samordnad vård- och omsorgsplanering har flera syften: patientsäkerhet och trygghet med delaktighet för den enskilde där sjukvården och socialtjänsten behöver göra insatser tillsammans. Patientsäkerheten ökas genom att aktiviteter, roller och ansvar identifieras och fastställs.

Behovet av samverkan mellan kommun och landsting har blivit allt tydligare. Även insatser från samma huvudman kan behöva samordnas. Ett gemensamt ansvarstagande för den enskildes hälso- och sjukvård och socialtjänst är angeläget och nödvändigt. Ur den enskildes perspektiv är det viktigt att samordnad planering genomförs för att säkerställa att den hälso- och sjukvård och socialtjänst som erbjuds är av god kvalitet utifrån den enskildes samlade behov. En bristande kontinuitet i samhällets insatser skapar otrygghet för den enskilde.

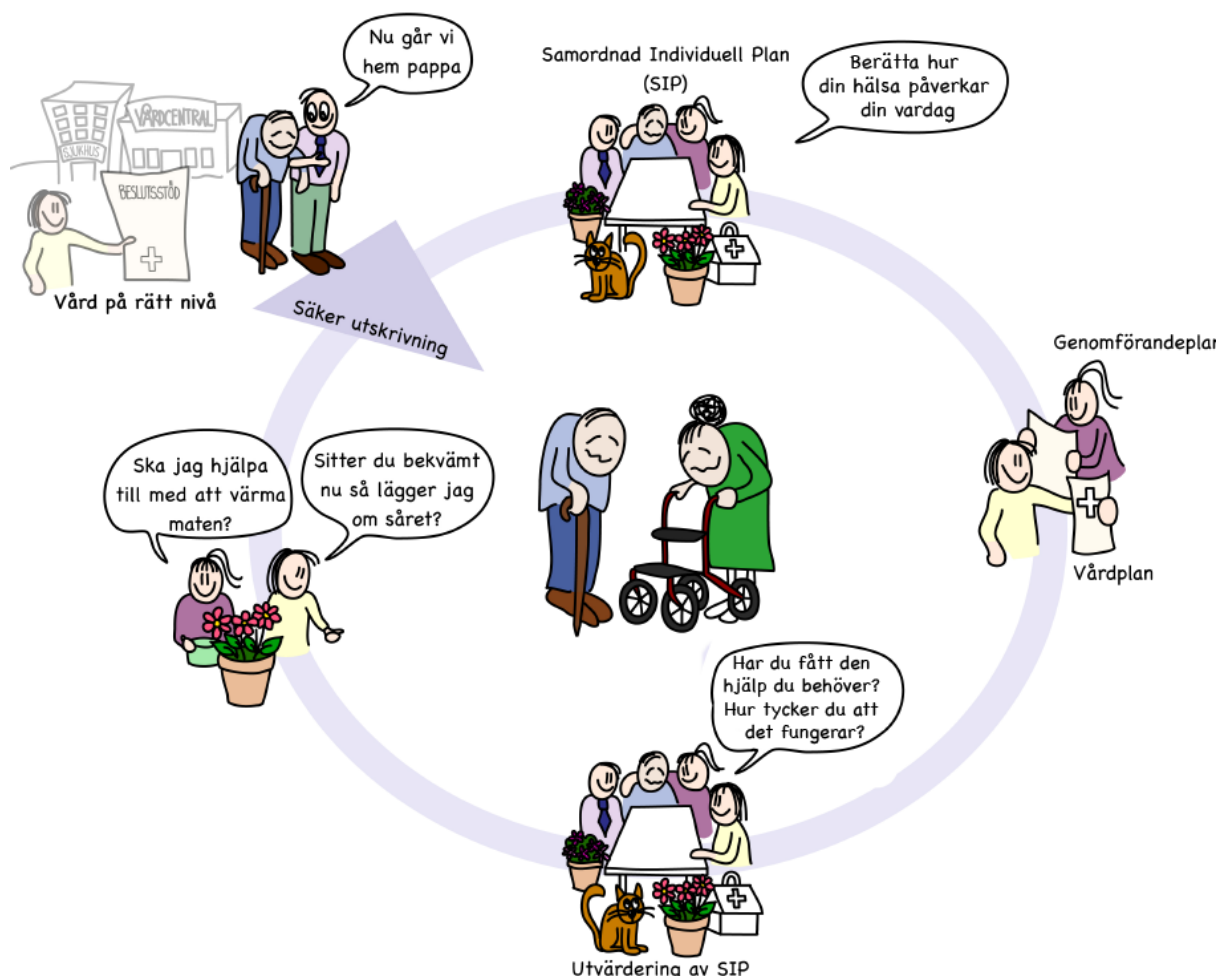


Bild 2. Den individuella planeringen för vården och omsorgen bör i huvudsak ske i hemmet. Vid de tillfällen då individen söker hjälp akut eller om insatser sker från specialiserad vård, blir detta en tillfällig åtgärd i personens vardag som så snabbt som möjligt knyts samman med den planering som redan finns.

2.1 Vårdens och omsorgens aktörer behöver samspela

Vad som är viktigt för en god vård och omsorg för de mest sjuka äldre finns beskrivet i Socialstyrelsens rapport *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre* (2011). Där understryks att vård- och omsorgsgivarna bör utveckla den individuella vårdplaneringen, fasta vårdkontakter, fasta läkarkontakter, multidisciplinära team och att det bör finnas en samordningsfunktion som ger stöd till de äldre och samordnar deras vård och omsorg.

Samma aspekter kan antas vara viktiga även för dem som inte är äldre men befinner sig i motsvarande situation och har behov av en samordnad individuell plan (SIP).

Vid genomförandet av vård- och omsorgsinsatser bör exempelvis följande områden uppmärksammas för att tillgodose den äldres behov och utgå från dennes resurser och förmågor:

- Nationella och lokala vårdprogram, ex stroke, demens, palliativ vård.
- Riskbedömningar enligt Senior Alert och utvärdering av insatta åtgärder och resultat.
- Teamsamverkan genom multidisciplinära team där social omsorg, hemsjukvård och primärvård samverkar.
- Läkemedelsgenomgångar.
- Bedömning av om insatser kan utföras som egenvård enligt överenskommelse i Blekinge. Om egenvård gäller ska planering, uppföljning, omprövning och dokumentation ske av legitimerad personal. Relevant information och instruktion lämnas till den enskilde/den som ska utföra egenvården, eventuellt i samråd med närstående eller annan part.
- Säkerställa att vården och omsorgen blir individuell och att omsorgen genomförs så att den enskilde har rätt till ett värdigt liv och välbefinnande.

2.2 Detta säger lagarna

Från 1 januari 2010 finns det lagar som ålägger landsting och kommun att tillsammans upprätta en individuell plan om det behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda (Hälso- och sjukvårdlagen (HSL) 3§ och Socialtjänstlagen (SoL) 4§). Den gemensamma planeringen ska bygga på delaktighet och samtycke från den enskilde och/eller närstående och klargöra det samlade behovet av insatser.

Den samordnade individuella planen ska klargöra:

- vilka insatser som den enskilde behöver
- vem som ska samordna insatserna
- vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för samt säkerställa huvudmännens samarbete

Det kan vara insatser från flera verksamheter och yrkesföreträdare. Verksamheterna och yrkesföreträdarna kan ha olika huvudmän, men det kan även vara aktörer med samma huvudman som behöver samverka för att individens behov av samordning ska komma tillgodoses. För personer med sammansatta behov är det angeläget att de sociala, medicinska, psykiska och fysiska behoven bedöms och tillgodoses ur ett helhetsperspektiv.

Viktig att ta hänsyn till är även den nya Patientlagen, vilken börjar gälla den 1 januari 2015. Patientlagen syftar till att stärka och tydliggöra individens ställning samt att främja individens integritet, självbestämmande och delaktighet.

3. Samordnad Individuell Plan (SIP)

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en Samordnad Individuell Plan (SIP). Detta anges både i Socialtjänstlagen (SoL) 2 kap 7§ och i Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL) 3§.

Med socialtjänsten avses insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade (LSS), Lagen med särskilda bestämmelser om Vård av Unga (LVU) och Lagen om Vård av Missbrukare i vissa fall (LVM).

Begreppet hälso- och sjukvård har samma betydelse som i HSL i övrigt, vilket innebär att även rehabilitering, habilitering och hjälpmedel omfattas.

Planen ska upprättas om någon aktör bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till att den upprättas. SIP ska präglas av att fokus ligger på individens upplevda behov och tillvaratagande av dennes resurser och förmågor. Processen för SIP tydliggörs i Bilaga 1.

En förutsättning för att samverkan ska fungera är att individen och övriga aktörer är delaktiga och att ansvaret för samverkan åligger alla. Då flera aktörer behöver samverka ska den som upptäcker ett behov initiera och sammankalla de berörda till ett SIP-möte, där de olika aktörernas uppdrag och ansvar tydliggörs.

Samverkan och ansvarsfördelning i individärenden förutsätter att parterna har kunskap, förståelse och respekt för varandras uppdrag, förutsättningar och roller. Det behöver också finnas en tillit till varandras förmåga att hantera frågorna och valet av insatser/åtgärder. Samverkan mellan landsting och kommun ska ge effekter i form av trygghet för den enskilde och bättre nyttjande av de totala resurserna, personalens kompetens och ekonomiska medel.

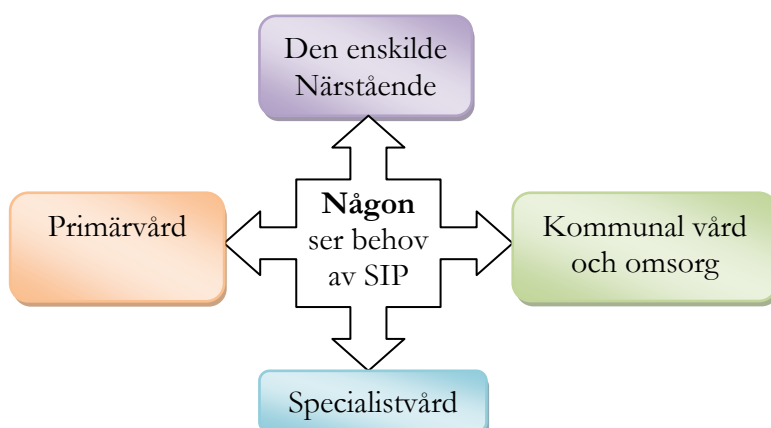


Bild 3. Aktörer i samband med ett SIP-möte. Det innebär att: Om någon inom landsting eller kommun uppmärksammar att vård- och omsorgssituationen kan samordnas bättre, är denne skyldig att överväga om en bättre samordnad planering behövs. Behovet kan också tas upp av den enskilde själv och/eller närstående.

3.1 SIP – när, var, hur?

Samordnad individuell plan är oftast en långsiktig plan för att tillgodose individens behov. Den ersätter därför inte en samordnad utskrivningsplanering som gäller för de individer som är utskrivningsklara från slutenvården. Den ersätter inte heller den enskildes plan hos en vårdgivare.

Ett viktigt skäl till att initiera en SIP redan när individen vistas i hemmet är att man genom SIP:en får en god totalbild av situationen. Därmed kan den enskilde och aktörerna gemensamt komma fram till vilka behov av insatser som behövs för att förebygga onödig sjukhusvistelse.

Samordnad individuell plan kan startas av specialistvård, primärvård, kommunal vård och omsorg samt även av individen själv eller närstående. Ett möte för att upprätta en SIP kan vara inplanerat som uppföljning av en utskrivningsplanering från slutenvården. Om behovet kan överblickas i samband med utskrivning bör tid för möte bokas redan då.

3.1.1 Syfte med en SIP

En SIP ska ge ökat inflytande och delaktighet för den enskilde. I detta arbete ska alltid individens och dennes närstående bli bemött med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet. Den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning samt säkerhet i vården och omsorgen ska tillgodoses. Samtidigt ska SIP förbättra samordningen och ge en helhetsbild av den enskildes situation för både den enskilde, närstående och berörda vård- och omsorgsgivare. Med behovsanpassade insatser ges den enskilde en möjlighet att leva självständigt och under trygga förhållanden.

3.1.2 Bedömningar och initiativ

Om individen själv, närstående eller personal inom kommun och landsting bedömer att det finns behov av att upprätta eller revidera en SIP ska detta dokumenteras i respektive organisations dokumentationssystem. Behovet av samordning kan exempelvis uppmärksammas utifrån utredning av biståndsansökan, uppföljning av pågående insatser, av epikris etc.

Den som uppmärksammar ett behov ska inhämta samtycke och inleda planeringen tillsammans med den enskilde. Arbetet ska påbörjas utan dröjsmål.

3.1.3 Samtycke

En SIP ska bara upprättas om den enskilde samtycker till det. Samtycket dokumenteras enligt lokal rutin. Den som bedömt att behovet finns ska stödja och motivera den enskilde för att få till stånd en SIP. Om den enskilde säger nej, bör en dialog föras kring fördelarna med en sådan plan. Om den enskilde då fortfarande säger nej, ska detta dokumenteras i dokumentationssystemet hos den som uppmärksammat behovet. Den enskilde har rätt att när som helst ta tillbaka sitt samtycke.

Om den enskilde av något skäl inte kan lämna samtycke bör kontakt tas med närstående, god man eller förvaltare för att man på så sätt ska få en uppfattning om den enskildes inställning.

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

Om den enskilde lämnar samtycke men inte vill eller förmår närvara vid en planering kan en planering ändå genomföras.

3.2 Förberedelse

3.2.2 Kartläggning av vilka parter som berörs

Samordningen ska planeras tillsammans med den enskilde och en gemensam inventering görs om vilka som behöver delta i samordningen.

Den enskilde ska ha ett stort inflytande över hur samordningen ska ske och vilka som ska delta i planeringsmötet. Den berörda individen bestämmer även om någon eller några närstående bör vara med. Den god man/förvaltare som har uppdrag att sörja för person ska tillfrågas om deltagande i samband med ett SIP-möte.

Om den enskilde inte själv deltar i planeringsmöte och inte motsätter sig kan närstående ges möjlighet att delta, om det är lämpligt.

Även andra aktörer än kommun och landsting, som inte omfattas av lagstiftningen, till exempel privata aktörer, frivilligorganisationer m.fl. kan bjudas in om den enskildes behov är sådana.

3.2.3 Kallelse skickas till berörda parter

Enheter som bedriver vård och omsorg ska ha beredskap för att själva ta initiativ och kalla till planeringsmöte, ta emot kallelser och delta i planering. Ansvarig för samverkan bör utses på respektive enhet.

Kallelse till planeringsmöte ska vara skriftlig och skickas till berörda parter. I kallelsen ska syftet med mötet framgå. Om det bedöms lämpligt kan planeringen inledas med telefonkontakt med parter som man avser att kalla för samråd.

Den som får en kallelse, och är verksam inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst, är enligt SoL och HSL skyldig att delta.

Den enskildes behov är avgörande för hur snabbt planeringen behöver ske.

3.2.4 Kallade sätter sig in i ärendet, förbereder för SIP

Inför en samordnad individuell planering ska samtliga kallade parter inhämta information om nuläge, resultat av tidigare insatser och planer inom både vård och omsorg samt förbereda sig utifrån pågående vård-/omsorgsinsatser eller uppgifter i kallelse.

Exempel på områden att beakta i förberedelsen är:

- Egenvård
- Levnadsberättelse
- Uppgifter via NPÖ (Nationell patientöversikt) vid pågående vårdrelation och samtycke

Respektive kallad part kan behöva stämma av med teamet och fastställa vilka som bör delta vid planeringen, beslutsmandat, samordnarfunktion/kontaktperson/fast vårdkontakt etc.

3.3 Samordning sker, SIP-möte/möten

Planen ska upprättas tillsammans med den enskilde som ska ges möjlighet att delta aktivt när det är möjligt. Hans/hennes behov och önskemål ska vara utgångspunkt för planeringen. Närstående bör också delta, om den enskilde inte motsätter sig detta. Om den enskilde har gett samtycke till planeringen men väljer att inte delta, alternativt på grund av sin sjukdom inte förmår delta, kan planering ändå ske.

Samordnaren (se 3.5 Samordnare utses, fasta vårdkontakter identifieras) ansvarar för att stödja och företräda den enskilde inför och under planeringsprocessen så att den blir begriplig och hanterbar för den enskilde. I samordningen ingår att vara uppmärksam på vad som är viktigt för individen och eventuella brister som kan ha bidragit till en sviktande situation.

För en mer likvärdig och rättsäker äldreomsorg finns en nationell strukturerad metod som biståndshandläggaren kan använda för att fånga individens behov samt olika perspektiv som har betydelse för individens trygghet i hemmet, Äldres behov i centrum (ÄBIC).

3.3.1 Mötesformer

Den som tar initiativ till en SIP föreslår, i samråd med den enskilde och/eller närstående, lämplig mötesform och plats. Eftersom planeringssituationen ska anpassas efter den enskilde så långt det är möjligt blir mötesformen beroende av den enskildes situation samt om behovet är akut eller om det är möjligt att vänta tills en gemensam mötestid kan bokas in. Antalet mötesdeltagare bör anpassas utifrån individens behov och mötets innehåll.

Det vanligaste är troligen att planeringen sker i den enskildes hem, men andra lösningar kan säkert finnas, t ex. kan övriga parter ansluta i samband med besök på vårdcentral eller specialistmottagning. Om det bedöms lämpligt kan planeringsmöte också ske via videokonferens eller per telefon.

3.3.2 Genomförande av gemensamt möte

Under mötet är det den enskildes situation som ska vara i fokus. Uppkommer frågor som inte kan besvaras under mötet, utses en ansvarig person, som inom en bestämd tidsram, återkommer med förslag på en lösning.

3.4 Dokumentation, samordnad individuell plan.

Syftet med den samordnade individuella planen är att tydliggöra för den enskilde vilka krav som kan ställas på huvudmännen och hur ansvaret aktörerna emellan är fördelat.

Av planen ska det framgå:

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser respektive huvudman ska svara för
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen
- vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen (SoL 2kap 7§ och HSL 3f§)

För att planen ska utgöra ett effektivt stöd för alla inblandade parter ska aktörernas ansvar anges så konkret och tydligt som möjligt. För att dokumentet ska vara gällande ska det vara underskrivet av samtliga berörda parter.

3.4.1 Planeringsdokument

Ett läns-gemensamt planeringsdokument/planeringsmall ska användas och finnas tillgängligt hos berörda parter.

Individens behov görs tydliga utifrån följande frågeställningar: (Nedanstående beroende av hur Blekinges dokument kommer att se ut)

- Min nuvarande situation är så här...
- Jag skulle vilja ha det så här... (mål)
- Mer detaljerat innebär det... (delmål)
- Resurser och hinder för att kunna nå målen...
- Tidiga tecken på återinsjuknande...
- Mina planerade vård- och omsorgsinsatser...
- Uppföljning av SIP...

Den enskilde ska alltid få en kopia av det underskrivna planeringsdokumentet. Möjligheten att få en skriftlig kopia bör även gälla närstående, om inte den enskilde motsätter sig detta.

Om den enskilde ger sitt samtycke får samtliga berörda parter en kopia av planen.

Samordnaren behåller originalet.

Planeringsdokumentet ska förvaras i aktuellt journalsystem hos respektive verksamhet enligt lokal rutin.

3.5 Samordnare utses, fasta vårdkontakter identifieras

3.5.1 Samordnare

I samband med upprättandet av SIP ska berörda parter i samråd med den enskilde eller närstående bestämma vem som ska fortsätta att vara samordnare.

Samordnaren ska vara en namngiven person, verksam inom kommun eller landsting. Kontaktuppgifter till samordnaren ska finnas tillgängligt för den enskilde/närstående och övriga aktörer. Samordnare kan också bytas och en ny utses t ex i samband med att en ny SIP upprättas eller befattningshavare slutar sin tjänst. Man bör dock undvika att byta samordnare om inte särskilda skäl finns. Syftet med samordnaren är att den ska fungera som ett tryggt stöd för den enskilde och då förutsätts en kontinuitet.

I komplexa fall med många involverade kan den samordningsansvarige ha behov av en kontaktperson i övriga berörda verksamheter.

Samordnaren har dock inte ansvar för att alla planerade insatser genomförs, det gör respektive verksamheter.

Samordnaren kan också vara samma person som en fast vårdkontakt (se nedan).

3.5.2 Fast vårdkontakt

1 juli 2010 infördes en ny bestämmelse i Hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt.

Där anges att verksamhetschefen ska säkerställa att individens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov eller om individen begär det ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för individen (HSL 29a§). En sådan situation kan till exempel vara när en individ har kontakt med flera enheter och vårdgivare. Den fasta vårdkontakten kan då samordna vårdens insatser och vara kontaktperson gentemot andra delar av hälso- och sjukvården eller andra berörda myndigheter såsom Socialtjänsten eller Försäkringskassan.

Ansvaret för verksamhetschefen att utse en fast vårdkontakt ersatte funktionen patientansvarig läkare, förkortad PAL, i lagstiftningen (proposition 2009/10:67 s. 55ff). För en person med livshotande tillstånd ska den fasta vårdkontakten vara en läkare, men för övriga kan det vara en annan person inom respektive hälso- och sjukvårdsorganisation.

Den fasta vårdkontakten ansvarar för att upprätthålla en god kontinuitet och samverkan i vårdprocesser inom och mellan yrkesgrupper, olika funktioner, enheter, nivåer, verksamheter och ansvarsområden samt olika vårdgivare. Det betyder att den fasta vårdkontakten ska vara individen behjälplig i frågor kring behandling, samverkan och stöd inom den egna organisationen såväl som hos vårdgrannar.

Att utse fast vårdkontakt kan också vara aktuellt inom den kommunala hälso- och sjukvården.

3.5.3 Egenvård

Under 2012 beslutade Socialstyrelsen om ändringar i föreskrifterna om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6), egenvårdsföreskriften. Nya lagar och föreskrifter medför följdändringar.

Egenvårdsföreskriften ställer krav på att hälso- och sjukvården inklusive tandvården

- gör individuella bedömningar
- analyserar riskerna
- samråder och planerar med dem som berörs
- gör nya bedömningar om förutsättningarna ändras
- fastställer rutiner för samarbetet med andra aktörer t.ex. skolan
- säkerställer att ledningssystemet innehåller rutiner för egenvård

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten inklusive LSS ska vidare fastställa rutiner för samarbetet i samband med egenvård

Med egenvård menas i detta sammanhang en hälso- och sjukvårdsåtgärd som en legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården bedömt att en person själv kan utföra eller utför med hjälp av någon annan.

Syftet med egenvårdsföreskriften är att tydliggöra vilka krav som ställs på hälso- och sjukvården vid egenvårdsbedömningar och att egenvårdsbedömningarna ska utgå från vad som är patientsäkert i varje enskilt fall.

Den egenvård som den enskilde utför själv, eller med hjälp av någon annan, räknas inte som hälso- och sjukvård och omfattas därför inte av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Däremot är hälso- och sjukvårdens bedömning, planering och uppföljning att betrakta som hälso- och sjukvård.

3.6 Genomförande av vård-/omsorgsinsatser, uppföljning

3.6.1 Genomförande av vård- och omsorgsinsatser

Deltagande verksamheter ansvarar för att utföra de åtgärder som överenskommit vid den samordnade individuella planeringen. Dessa åtgärder dokumenteras enligt gällande lokala dokumentationsrutiner.

3.6.2 Uppföljning

Respektive huvudman ansvarar för uppföljningar av sina pågående insatser. Uppföljt mål och avslutad insats eller ändrad insats sker i samråd med den enskilde och meddelas samordnaren.

3.7 Uppföljning/revidering av SIP

Former för uppföljning och uppföljningsdatum ska planeras gemensamt vid upprättandet av SIP. Samordnaren ansvarar för att uppföljning genomförs som planerat och i samråd med individen och/eller närstående.

Parterna i samråd med den enskilde bedömer när målen med samordningen är uppfyllda och samordningen kan avslutas.

4. Beslutsstöd - Bedömning av vårdnivå

Beslutsstödet är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg och kan användas när den enskildes hälsotillstånd försämras hastigt i hemmet. Sjuksköterskan gör då, med hjälp av beslutsstödet, en bedömning av tillståndet med tanke på var och hur den fortsatta vården bör ske. Syftet är att bedömningen ska bli mer välstrukturerad och att individen ska få vård och omsorg på optimal vårdnivå utifrån en helhetssyn. Beslutsstödet skapar således en struktur för sjuksköterskan i bedömningen vid förändrat hälsotillstånd i hemmet, men kan även användas som ett diskussionsunderlag med individ och närstående om situationen. Beslutsstödet visas i sin helhet i Bilaga 2.

Strukturen säkrar informationsöverföringen till nästa vårdgivare med rapportering enligt SBAR (Situation – Bakgrund – Aktuellt tillstånd – Rekommendation).

(Beslutsstödet kan ses i sin helhet på webbsidan: <http://www.visamregionorebro.se/wp-content/uploads/2014/04/checklista-beslutsstod-korr-2-april-2014.pdf>)

5. Säker utskrivning

Fokus i den säkra utskrivningen ska ligga på individens upplevda behov och ta tillvara dennes resurser och förmågor. Arbetssättet innebär att individen är delaktig i planeringen av vården och de beslut som fattas. Den säkra utskrivningen sker i nära samarbete med individ, närstående och andra aktörer. Syftet är att genom en strukturerad utskrivningsprocess skapa trygga och säkra utskrivningar från sjukhus samt även minska antalet onödiga sjukhusvistelser. Detta görs genom att sätta fokus på personer som har omfattande vård- och omsorgsbehov och risk för återinskrivning. En trygg och säker utskrivning från sjukhuset börjar redan vid inskrivning. Risker och behov identifieras och planeringen anpassas utifrån den enskildes behov.

Att vara i behov av vård på sjukhus innebär i sig själv en stor förändring för den enskilde och närstående. Om behov finns av stöd efter utskrivning ska kontakt knytas med kommun och primärvård för att planera för den fortsatta vården och omsorgen.

För att säkerställa en säker utskrivning finns det beprövade metoder som kan underlätta detta förfarande. SAMSPEL visar på ett antal metoder som används i liknande organisationer runt om i landet för att öka trygghet och delaktighet för individen i samband med utskrivning. Ambitionen är att dessa metoder testas och anpassas till Blekinges kontext under implementeringsperioden.

5.1 Hemgång från akuten

Då vårdinsats avslutas redan på akutmottagningen är det viktigt att den enskilde är delaktig och förstår den fortsatta vården i sitt boende (ordinärt eller särskilt). Vid hög risk för återinskrivning är det viktigt med god information till individen samt även information till primärvård/kommun för förebyggande insats och eventuellt SIP. För att säkerställa individens trygghet i den fortsatta vården och omsorgen krävs informationsöverföring från akutmottagningens sida till berörda mottagande aktörer. Därför krävs på berörda enheter rutiner för informationsöverföring.

5.2 Blir inlagd på avdelning

För att skapa trygga och säkra utskrivningar från sjukhus samt minska antalet onödiga återinskrivningar krävs en strukturerad utskrivningsprocess. I modellen beskrivs en arbetsprocess som kan säkra detta. Arbetsprocessen kan genomföras genom att sjuksköterskan på vårdavdelningen använder sig av nedanstående rutin. Alternativt utses en ny funktion utskrivningssjuksköterska, för att värna om kontinuiteten.

Arbetsprocessen innehåller: *identifiering, bedömning, planering, åtgärd och uppföljning.* De rekommenderade delarna i en standardiserad process är – *ankomstsamtal, screening för bedömning av risk för återinskrivning, checklista för utskrivning, utskrivningssamtal med teach-back och rutiner för telefonuppföljning inom 72 timmar efter utskrivning.* Nedan följer

en beskrivning av dessa moment och tanken är att dessa testas och anpassas till Blekinges kontext under implementeringsperioden.

5.3.1 Identifiering

Sjuksköterskan bedömer risk för återinskrivning enligt ett screeningunderlag i syfte att identifiera individens behov inför hemgång. Detta moment görs antingen vid inskrivningen eller när beslut om utskrivning närmar sig.

5.3.2 Bedömning

Utifrån samtal med individen och eventuellt närstående, andra vårdgivare samt tidigare dokumentation gör sjuksköterskan/utskrivningssköterskan en bedömning vilka aktiviteter/åtgärder som är aktuella.

5.3.3 Planering

Tillsammans med individen, eventuellt närstående och andra vårdgivare och med stöd av en checklista planerar sjuksköterskan/utskrivningssjuksköterskan utskrivningen.

5.3.4 Åtgärda

På utskrivningsdagen har sjuksköterskan/utskrivningssjuksköterskan ett utskrivningssamtal med teach-back tillsammans med individen och eventuellt närstående.

5.3.5 Teach-back metodik – ”Berätta för mig”

Teach-back är ett verktyg för att säkerställa att individen förstått all information som delgetts. Efter att individen fått information om planering eller behandling – be dem med egna ord återberätta den information som just givits. Detta tydliggör hur individ eller närstående uppfattat den muntliga eller skriftliga informationen som gavs om vad individen behöver göra och vad den fortsatta behandlingen innebär. Åtgärden att förvissa sig om att en individ korrekt uppfattat sin behandling och dess risker är en av de tio bästa evidensbaserade åtgärderna för att generellt öka patientsäkerheten.

5.3.6 Uppföljning – 72-timmarssamtal

Vid utskrivning tillfrågas de individer som bedömts som riskpatienter om de önskar en telefonuppföljning inom 72 timmar efter utskrivning. Syftet med detta uppföljande samtal är att förbättra utskrivningsprocessen för individer med hög risk för återinskrivning med målet att undvika onödiga sjukhusvistelser.

5.4 Trygg Hemgång

Syftet är att värna om att vårdtagaren, efter en sjukhusvistelse, blir trygg i sitt hem med stöd av Trygg Hemgång och utökade hemtjänstinsatser. Arbetsmodellen för Trygg Hemgång utgörs av att personal har extra tid avsatt till omvårdnad och eventuell rehabilitering om

personen är i behov av det i upptill 14 dagar. Att få komma hem till sin bostad och träna i sin hemmiljö har visat på att den enskilde snabbare återhämtar sig och får en ökad självständighet och livskvalitet.

6. Ansvar och roller

Respektive chef ansvarar för att SAMSPEL genomför det dagliga arbetet samt introducerar modellen till nya medarbetare. Nedan beskrivs de mest vanligt förekommande rollerna hos de olika aktörerna. Beroende på individens behov av stöd kan det variera vilka kontakter som blir nödvändiga i varje unik situation.

6.1 Vårdcentral

6.1.1 Distriktssköterska

Bistår distriktssköterska/sjuksköterska i hemsjukvård/specialistsjukvård med aktuell och relevant information. Samordnar information inom primärvårdens uppdrag.

6.1.2 Läkare

Har det övergripande ansvaret för den enskildes vård och behandling och ska utifrån sitt medicinska yrkesansvar vidta de åtgärder som individens tillstånd kräver inom primärvården.

6.1.3 Psykosocial kompetens

Exempelvis kurator eller psykolog utreder och bedömer behov av psykosociala insatser

6.1.4 Rehabiliterande kompetens

Bistår med att utreda och bedöma behov av insatser för de individer som ej har behov av hemsjukvård i förebyggande, habiliterande och rehabiliterande syfte. En rehabiliteringsplan upprättas tillsammans i teamet och ansvar sker i samverkan med andra aktörer för aktuella insatser.

6.2 Kommun

6.2.1 Biståndshandläggare

Deltar efter ansökan från enskild vid vård- och omsorgsplanering samt utreder behovet och fattar beslut om rätten till stöd i den dagliga livsföringen enligt Socialtjänstlagen (2001:453).

6.2.2 Distriktssköterska/sjuksköterska

Ansvarar för samordning av vårdplanering i hemmet och att information inhämtas från primärvård för personer som är aktuella som mottagare av hemsjukvård. Deltar i

vårdplanering samt ansvarar för hembesök om behov av detta föreligger för individen enligt gällande Hemsjukvårdsavtal.

6.2.3 Hemtjänstpersonal

Meddelar förändring i hälsotillstånd till legitimerad personal samt anmäler ändrade sociala insatser för individen till kontaktperson/enhetschef/biståndshandläggare.

6.2.4 Kontaktperson

Deltar i planeringen i hemmet tillsammans med individen och upprättar genomförandeplan utifrån dennes behov. Följer upp att genomförandeplanen är aktuell.

6.2.5 Rehabiliterande kompetens

Utredar och bedömer behov av rehabiliterande insatser i hemmet. Detta för att i förebyggande, habiliterande och rehabiliterande syfte upprätta rehabiliteringsplan och ansvara i samverkan med andra aktörer för aktuella insatser. Deltar vid behov i samband med vårdplanering.

6.3 Sjukhus

6.3.1 Läkare

Har det övergripande ansvaret för den enskildes vård och behandling under vårdtiden och ska utifrån sitt medicinska yrkesansvar vidta de åtgärder som individens tillstånd kräver. Ansvarar för bedömning av behov av vårdplanering. Deltar i vårdplanering från slutna vård då individens tillstånd så kräver.

6.3.2 Sjuksköterska på vårdavdelning

Ansvarar för samordning och genomförande för säker utskrivning från slutenvård på vårdavdelning samt informationsöverföring till annan vårdgivare för fortsatt vård och omsorg. Upprättar vårdplan för aktuella insatser på vårdavdelning.

6.3.3 Sjuksköterska på specialistmottagning

Bistå distriktssköterska i hemsjukvården/primärvården med information om exempelvis pågående behandling på specialistmottagning. Hemsjukvården/primärvården kan ta kontakt med specialistsjuksköterska då behov finns av stöd vid uppföljning i hemmet.

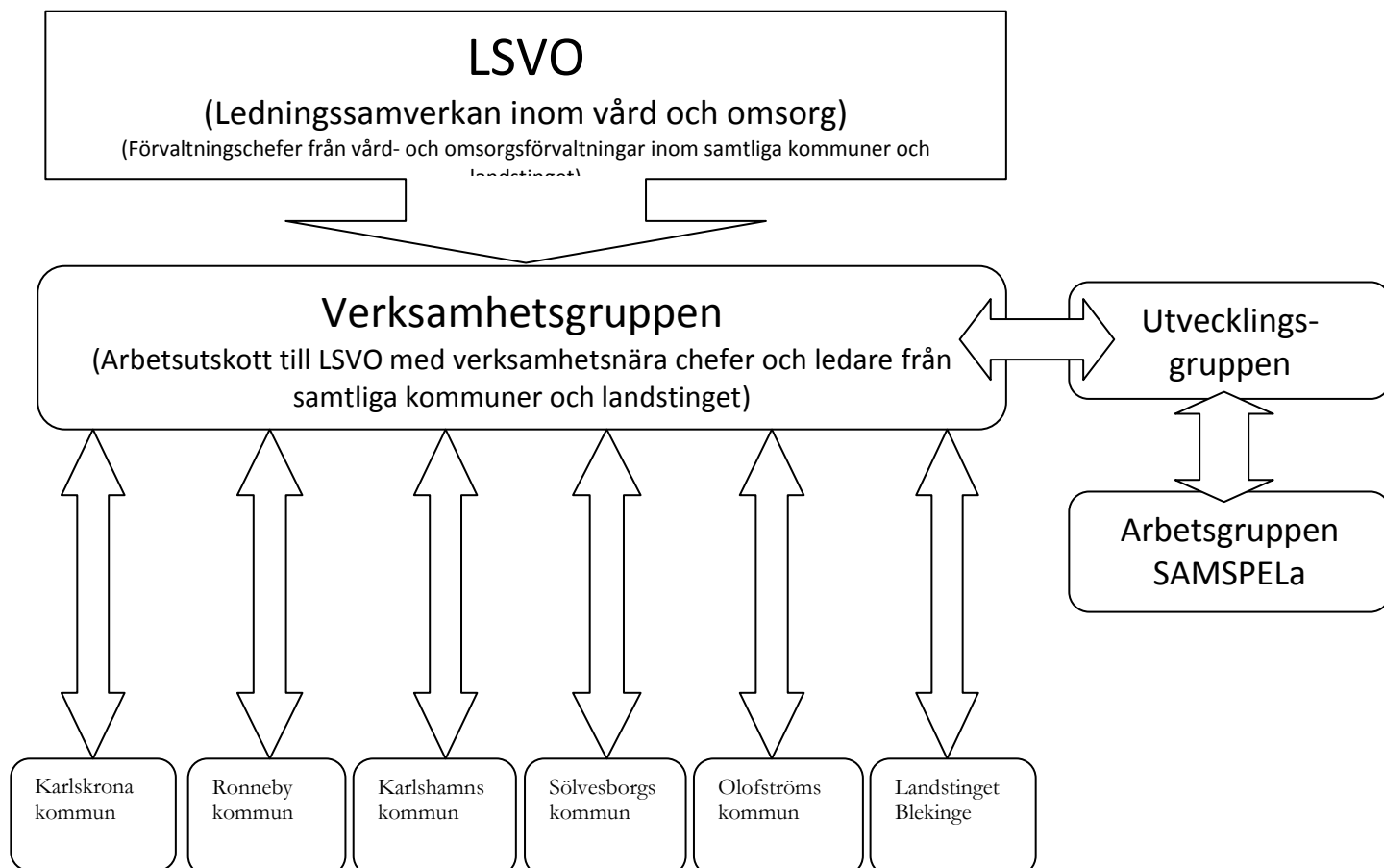
6.3.4 Psykosocial kompetens

Exempelvis kurator eller psykolog utredar och bedömer behov av psykosociala insatser

6.3.5 Rehabiliterande kompetens

Upprättar rehabiliteringsplan, plan för arbetsterapi eller sjukgymnastik för aktuella insatser på vårdavdelning. Deltar i utskrivningsplanering. Säkerställer att behovet av hjälpmedel är tillgodosett vid hemgång.

7. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



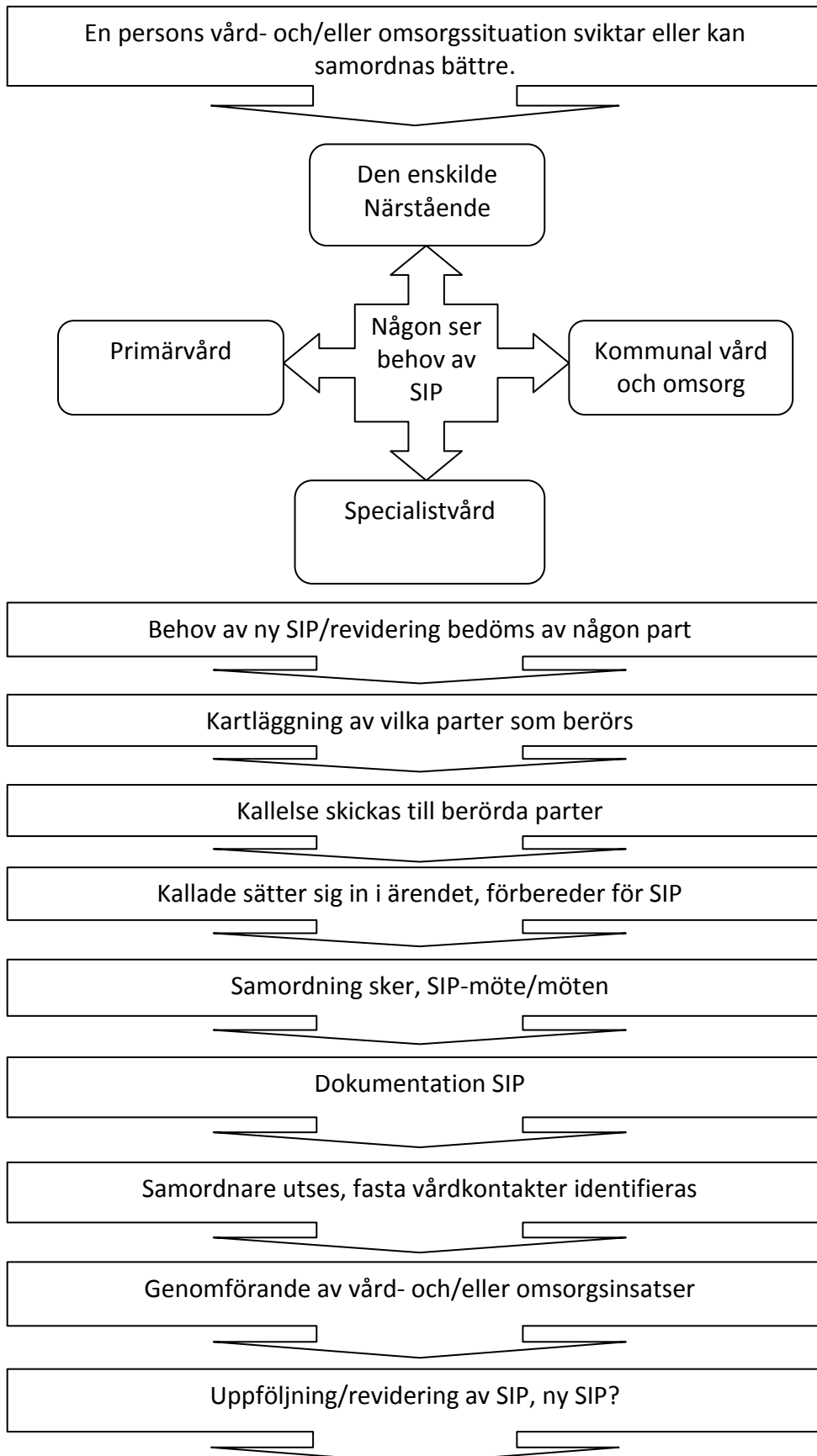
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Syftet med SOSFS (2011:9) är att identifiera de viktigaste verksamhetsprocesserna och dessa aktiviteter samt att upprätta rutiner för dem. För LSVO:s del som är en läns- och huvudmansöverskridande "organisation" innebär det att kartlägga och säkra de gemensamma processerna. Var hakar respektive verksamhets ledningssystem i den gemensamma?

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet, i detta fall vård och omsorgskedjan för de mest sjuka äldre.

Till detta behövs det en avvikelshanteringsprocess där händelser som inte fungerar följs upp och utvecklas. Det är då viktigt att identifiera vilka avvikelser som tillhör det gemensamma ledningssystemet samt vilket som hör hemma i respektive verksamhets lednings- och avvikelssystem.

Bilaga 1. Process för Samordnad Individuell Plan (SIP) (s. 1/1)



Bilaga 2. Definitioner och begreppsförklaringar (s. 1/4)

Aktör:

Person som agerar på ett visst område.

Ansökan om bistånd:

Begäran hos ansvarig nämnd om stöd och hjälp enligt socialtjänstlagen.

Avvikelsehantering:

Rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna.

Beviljad insats:

Insats som den enskilde är berättigad till enligt beslut av socialnämnden eller annan kommunal nämnd.

Egenvård:

Hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Egenvårdsintyg:

skriftligt intyg/bedömning som lämnas till den enskilde i de fall egenvårdsåtgärder ska ske med stöd av biståndsbeslut.

Genomförande:

Verkställighet av beslutad insats.

Genomförandeplan:

Vård och omsorgsplan som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras för den enskilde (inom socialtjänsten).

Hemsjukvård:

Hälso- och sjukvård när den ges i vårdtagarens bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden.

Hemtagningssteam (Trygg hemgång): Hemtagningssteam ska fungera som en länk mellan sjukhusvården och den kommunala omsorgen. Syftet är att ge vård och stöd i ordinärt boende direkt efter en sjukhusvistelse med hjälp av ett multiprofessionellt team.

Huvudman:

Myndighet eller organisation som juridiskt och ekonomiskt har ansvaret för viss verksamhet.

Inskrivning i slutenvård:

Händelse när ett vårdtillfälle påbörjas och vårdplats i slutenvård ställs till patients förfogande.

Bilaga 2. Definitioner och begreppsförklaringar (s. 2/4)

Inskrivningsmeddelande:

Skriftligt meddelande från sluten vård om att en patient har skrivits in och kan komma att behöva fortsatta insatser efter utskrivningen.

Kort vårdtid:

Hos de vårdtagare där vårdtiden bedöms understiga 5 dagar (somatiska slutenvården) respektive 12 dagar (psykiatriska slutenvården) och där insatserna bedöms vara oförändrade vid utskrivning kan kort vårdtid tillämpas.

Menprövning:

I vissa fall saknas möjlighet att fastställa vårdtagarens inställning. En bedömning måste då göras om uppgifter ändå kan lämnas ut, 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 beslutet i journalen. I kommunen kan sjuksköterska och biståndshandläggare ta beslut om menprövning.

Ordinärt boende:

Den äldres privata bostad.

Rehabiliteringsplan:

Vård och omsorgsplan som beskriver rehabilitering för och med den enskilde.

Samordnad individuell plan:

Vård och omsorgsplan som beskriver insatser och åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård- och omsorgsplanering.

Tillägg av Utvecklingsgruppen: En SIP är nödvändig då individen har många olika behov av insatser. SIP ersätter ej de lagstadgade planerna, men dessa ingår i SIPen. När det för individen föreligger ett behov av samordning ska dessa insatser samordnas i en SIP.

Samordnad plan vid utskrivning:

Vård och omsorgsplan som upprättats vid utskrivning från sluten vård för att beskriva den enskildes fortsatta behov av insatser/åtgärder från hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst och som är ett resultat av samordnad vård- och omsorgsplanering.

Samtycke:

Frivillig, särskild och otvetydig viljeyttring genom vilken en person som tillfrågas om något, efter att ha fått information, godtar det frågan gäller.

Samtyckesbeslut:

Tillfrågad persons beslut om att lämna eller inte lämna samtycke.

Bilaga 2. Definitioner och begreppsförklaringar (s. 3/4)

Sekretess:

Förbud att röja uppgift vare sig det sker muntligt eller genom att allmän handling lämnas ut eller att det sker på annat sätt. Sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.

Sluten vård:

Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård.

Specialiserad vård:

Hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård.

Säker utskrivning:

Individen flyttas, genom samordning mellan vårdgivarna, från slutenvården till hemmet med säkerhet och trygghet.

Utskrivning från sluten vård:

Händelse när ett vårdtillfälle avslutas och vårdplats i sluten vård inte längre står till patientens förfogande

Utskrivningsklar patient:

Patient som av behandlande läkare inte längre bedöms behöva sluten specialiserad vård.

Utskrivningsmeddelande:

Skriftligt meddelande om att en patient skrivs ut.

Vårdenhet:

organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård.

Vårdgivare:

Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare).

Vårdkontakt:

Kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs.

Vård och omsorg:

Åtgärder och insatser till enskilda personer gällande socialtjänst, stöd och service till funktionshindrade samt hälso- och sjukvård enligt gällande lagar.

Vård- och omsorgsplan:

Dokumenterad plan som beskriver planerade insatser/åtgärder inom vård och omsorg.

Bilaga 2. Definitioner och begreppsförklaringar (s. 4/4)

Vård och omsorgsplanering:

Utförande av vård och omsorgsplan.

Vårdplan:

Vård- och omsorgsplan som beskriver hälso- och sjukvård för en enskild patient.

Vårdtillfälle:

Vårdkontakt i slutenvård.

Öppen vård:

hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar.