

## Minnesanteckningar från Superkontaktombudsträff

171010

Vårdplaneringsgruppen Skaraborg presenterar sig och hälsar alla välkomna.

### **Pia Johansson delger aktuell SAMSA information**

Ny patch kommer 14 nov:

- Datum och orsak till vårdbegäran är inte längre tvingande vid förberedd vårdbegäran.
- Tydligare markering om obligatoriskt fält inte är ifyllt.
- Folkbokföringsadress visas inne i meddelandet i Kontaktfliken.
- Personnummer visas med bindestreck.
- Obligatoriskt med kontakter, kommer ej vidare i ärendet annars.
- Man kan inte lägga till enheter om meddelandet inte är det senast skickade i ärendet.
- Vårdvalet fylls i med automatik när Vårdbegäran eller Inskrivningsmeddelande startas.

**Malin Swärd redogör kring Trygg och säker utskrivning i Skaraborg – Lag (2017:612) om Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvården.** Denna presentation ligger som bilaga och ska användas vid information ut i verksamheten.

### Information om Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG):

- Strategisk beredningsgrupp – har arbetat med överenskommelsen och en gemensam riktlinje har skrivit – se bilaga. Men inget är fastställt- inväntas ett politiskt beslut.
- Styrgruppen SVPL – ansvarar för anpassning av IT-stödet SAMSA och dess rutin och tillämpningsanvisningar
- SAMSA arbetsgrupp med olika arbetsutskott – här deltar förvaltarna. I nuläget mycket fokus kring IT stödet SAMSA.

### Information om Vårdsamverkan Skaraborg:

Arbetsgrupp utsedd av styrgrupp Vårdsamverkan Skaraborg för att ta fram gemensamma rutiner/arbetsformer för Skaraborg samt att arbeta med implementering av både den nya lagen och anpassning av IT-stödet SAMSA.

- Vårdplaneringsgruppen Skaraborg deltar i arbetet på VVG genom SAMSA arbetsgrupp och styrgrupp SVPL. Ansvarar tillsammans med superkontaktombuden för att verksamheten har kunskap om SVPL och IT-stöd.

Det händer många saker inom Vårdsamverkan Skaraborg men vi måste invänta beslut och invänta att lagen träder i kraft.

Malin informerar kring Nyhetsbrevet från Vårdsamverkan som kom 171009 (Nyhetsbrevet finns som bilaga) Vi ska följa den nya utskrivningsprocessen så långt det går. Nya nyhetsbrev planeras med 2-3 veckors mellanrum och finns att läsa på [www.vgregion.se/tryggutskrivning](http://www.vgregion.se/tryggutskrivning)

Implementeringsaktiviteter planeras ut i organisationerna inför uppstarten. Vi ska så långt som möjligt anpassa oss efter den nya lagen även om alla delar inte är klara. Bra att prata sig samman på hemmaplan om hur förplaneringen ska utformas och biståndsansökan ska göras.

Den nya lagen gäller ALLA personer och åldrar som det finns behov av samverkan kring. SVPL uppgör att gälla och SIP utförs och SIP ska finnas som ett levande dokument som revideras så länge samverkan behövs. Ingen ny vårdplanering för varje vårdtillfälle utan SIP följer personen så länge behov av samordning kvarstår.

Fast vårdkontakt utses av landstingets öppenvård som sedan kallar till SIP. Det kommer ett dokument/meddelande blad från Socialstyrelsen om vad som ingår i SIP och vad som menas med fast vårdkontakt.

SIP syftar till att säkerställa samarbetet mellan parterna.

Utskrivningsprocessen ska säkerställa en trygg, säker och effektiv utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Kontaktuppgifterna vid vårdbegäran och inskrivning är mycket viktiga för att minimera ineffektivt sökande av personal

Så ofta som möjligt göra SIP i hemmet efter utskrivning – förutsatt att patientsäkerheten är fullgod vid utskrivning. Läkemedelslista, epikriser osv ska vara klara vid utskrivning.

Fråga: kring förplanering, hur sköta kommunikationen med alla aktörer tills nya SAMSA kommit? Svar: troligen använda mer telefon än idag, använd skype. Invänta IT stödarbetet. Viktigt att hålla sig uppdaterad. Är en förändringsperiod vi går in i.

#### **NYTT i Vårdplaneringsprocessen är:**

Inskrivningsmeddelande: beräknad tidpunkt för utskrivning och inskrivningsorsak

Förplanering: samtliga enheter påbörjar ett initialt planeringsarbete

Fast vårdkontakt: utses i öppenvården antingen vårdcentral eller sjukhusens öppenvårdsmottagning. Kan inte utses inom primärvårdsrehab.

Meddelande om utskrivningsklar: samtycke till SIP krävs.

Kallelsen till samordnad individuell planering: individuellt anpassad.

Information vid utskrivning: epikris, läkemedelslista

Upprätta SIP är informationskrav utifrån HSL och SoL

Planering för utskrivning startar vid inskrivning!

Vårdplanering: ska ske alla dagar under året

Ta gärna del av SIP informationen som finns på Vårdsamverkan och Vgregionen

Fråga: Rehab- hjälpmedel hur löses detta. Svar: Rehab behöver vara med mycket tidigare än idag. Viktigast att NÅGON har ansvaret och sedan tar upp det i den SIP som är i hemmet.

Under vårdtiden på sjukhus har sjukhuset ansvar men övriga parter måste vara delaktig i planeringen, avseende ansvaret. Vem ordnar hjälpmedlen så patienten kan komma hem?

Frågan arbetas det med i arbetsgruppen på Skaraborgsnivå.

**Krister Bergkvist föredrar: Vad gör vi idag och hur ska vi göra i framtiden-** se bifogat Powerpoint program.

En ny vårdplanering sker idag vid varje vårdtillfälle men sker det någon långsiktig planering? Inga onödiga vårddygn på sjukhuset i framtiden.

Karensdagar förändras, vi går från fem planeringsdagar till att kunna vårdplanera hela vårdtiden. Ingen skillnad på veckodagar och helger.

Betalningsansvaret kommer räknas som "snitt" och inte per ärende.

**Adam Krantz föredrar: patientfall Tariq 71 år och Ally** se bifogat Powerpointprogram.

Om patienten inte har HSV kan Vårdbegäran ändå skrivas och detta är ett bör krav vid SoL insatser. Vid kommunal hälso- och sjukvård är Vårdbegäran ett krav. Läkaren inom den öppna vården (vårdcentral/hemsjukvårdsläkare) ska ha kontakt med läkaren på sjukhus inför inläggning. Läkaren inom öppenvården ska informeras av kommunsköterska inför eventuell sjukhusinläggning.

Varje vårdgivare gör sin del i Förplaneringen, se presentationen

Förplanering är en tillfällig plan tills SIP kan upprättas.

Brytpunkt när patienten kan komma hem samma dag är kl. 12.00

Från utskrivningsklar (tidigare kallelsen) tickar karensdagarna.

Den öppna vården kallar till SIP senast tre dagar efter utskrivningsklar, kan vara i hemmet men situationen avgör vart patienten befinner sig vid SIP. Behöver inte göras efter tre dagar utan bara att det är kallat/bokat. SIP kan ske i form av hembesök, skypemöte, telefon mm

SIP kommer kopplas till SAMSA, återkommer när mer information finns.

En färdig SIP ska delges alla medverkande och innan integrering i IT stödet SAMSA kan det bli "pappersversioner"

### **Genomgång efter gruppdiskussioner om patientärende Ally:**

Socialstyrelsen meddelande blad kommer med riktlinjer om vad fast vårdkontakt är. Verksamhetschefen är ansvarig för vem som är fast vårdkontakt.

Öppen diskussion om patientfallet Ally, det här kom fram

- Vårdbegäran – vad ska finnas dokumenterat, vad patienten har klarat förut och vilka SoL insatser man har, är viktigt att ha med.
- Fast vårdkontakt gäller öppenvården men Rehab i öppenvården kan inte vara fast vårdkontakt.
- Förplaneringen sker fortlöpande under vårdtiden. Det fysiska mötet sker genom SIP kanske på avdelningen men oftast i hemmet efter vårdtiden.
- Vem bedömer SIP på sjukhuset? Svar: Gäller oftast de patienter som man tror kommer att ha stort vårdbehov vid hemgång, palliativ vård mm samverkan gäller här.
- Fragmin – kan patienten klara det själv? Gå till vårdcentralen, hemma/HSV?
- SIP ska säkerställa den fortsatta vården, vad gäller ex. läkemedel efter utskrivning så är det kanske vårdcentralsläkaren som ska medverka i SIP inte sjukhusläkaren.
- Samverkan blir viktigt i den egna kommunen mellan vårdcentraler, rehab och kommun exempelvis via skypemöten, dagliga möten för att hitta samverkan i vårdprocessen.
- Var är patienten i planen – var är mötet med patienten? Förplaneringen är ett ramverk. Vårdpersonalen involverar och gör patienten delaktig samt uppdaterar informationen under hela tiden patienten är på avdelningen kring vården/rehab. Samtycket ska ju vara godkänt.
- Meddelande om utskrivningsklar: mycket bra med att få epikris och läkemedelslista när patienten går hem.
- SIP – så fort det finns en samverkan mellan kommun och primärvården ska SIP hållas öppen. OM bara en aktör- avslutas SIP.
- Avbrott i process – kommer troligen användas mer sällan, använd istället framskjutet utskrivningsdatum.

Ny och uppdaterad information finns på Vårdsamverkans hemsida - Vårdsamverkan Skaraborg-> dokumentbibliotek-> användarhandböcker SAMSA-> Superkontaktombudsträffar, här är de gamla dokumenten.

Gunilla Hård sänder information om när ny och uppdaterad information är klar.

[www.vardsamverkanskaraborg.se](http://www.vardsamverkanskaraborg.se)

**Ny Superkontaktombudsträff blir 11 april 2018 Obs! är en onsdag. Kl. 9-16**

**Sessionssalen Stadshuset Skövde. Tänk på att anmäla dig via regionkalendern**

Kontaktuppgifter till vårdplaneringsgruppen finns under Vårdsamverkan

Vårdplaneringsgruppen

Malin Swärd, Gunilla Hård, Pia Johansson, Krister Bergkvist, Adam Krantz, Margareta Liljegren, Eva Wallin

# Vad gör vi idag och hur ska vi göra i framtiden?

Förändringar i vårdplaneringsprocessen med en "överdriven beskrivning" för att väcka nya tankar



# Viktigt!

- Beskrivningen av nuvarande arbetssätt är dragen till sin spets.
- Känner du dig träffad och känner att du vill gå i försvarsställning?  
Tänk på hur dina vårdgrannar framställs och skratta lite åt dem, ta därefter ett djupt andetag och skratta lite åt dig själv.
- Känner du inte alls igen dig?  
GRATTIS! Det kan vara så att du jobbar i en ypperlig verksamhet, framtidsbeskrivningen är säkert hämtad från något ärende du jobbat med. Men, kan det också vara så att du inte ser bristerna i verksamheten?

# Patientbeskrivning - Gösta

- Gösta bor ensam i radhus sedan frun dog för 5 år sedan. Han är 82 år och klarar sig ganska bra i vardagen, brukar ta rollatorn och gå till mötesplatsen för att äta lunch. Gösta själv upplever att minnet inte är som det har varit.
  - Har hjälp med städ, tvätt och har ett trygghetslarm.
- Sedan tidigare har Gösta en insulinbehandlad diabetes och waranbehandlat förmaksflimmer. Har också några tabletter för ”blodtrycket och hjärtat”.
  - Gösta har dock aldrig gillat sprutor och är inskriven i hemsjukvården så han får hjälp med kvällsinsulinet och PK-provtagning i hemmet.
  - Gösta har också hjälp med dosettdelning men tar sina tabletter själv.



# Vad händer Gösta

- Vid lunchtid får Gösta lite för bråttom att träffa Agda på mötesplatsen.
- Gösta snavar över rollatorn och blir liggande i lägenheten med smärta från höger knä, tar sig inte upp själv.
- Gösta trycker på trygghetslarmet.
- Hemtjänsten och distriktssjuksköterskan kommer hem till Gösta. Personalen ser ingen uppenbar fraktur och smärtsituationen i vila är hanterbar så de hjälper Gösta upp.
- Gösta kan ställa sig men vill inte belasta benet på grund av smärta.

# Behov av vård?

## Den dystopiska nutiden!

- Då fraktur inte kan uteslutas beställs en ambulans som kör Gösta till akuten.
- DSK skriver Vårdbegäran med info att Gösta fallit, vilka diagnoser Gösta har samt att han har hjälp att dela dosett. Funktionstillstånd – *Ej bedömt.*
- Personalen fortsätter med sitt arbete och räknar kallt med att Gösta kommer bli inlagd – Han hade ju så ont.

## Den utopiska (?) framtiden...

- DSK kontaktar vårdcentralen för dialog.
- Då frakturen inte är uppenbar och Gösta inte har alltför ont i vila ordnar läkare med en remiss till röntgen för att utesluta fraktur.
- Gösta skickas till sjukhuset med sjuktransport.
- DSK kontaktar biståndsenheten och diskuterar hur man ska lösa Göstas behov då han inte längre är självständig i förflyttningar.
- DSK skriver vårdbegäran med information om Göstas pågående insatser, habituella funktionstillstånd samt kontaktuppgifter till både DSK och biståndsenheten.

# På sjukhuset - Eventuellt händer detta.

- Akutmottagningen lägger Gösta i en säng, han blir gulprioriterad då han inte har så ont.
- Doktorn kommer och skriver en röntgenremiss, ordinerar ingen smärtlindring och Gösta är ganska nöjd i vila.
- Röntgen visar ett litet avlöst fragment som inte motiverar åtgärd och en artros som förklarar smärtan.
- Gösta får prova att gå med rollator och hjälp från en av personalen men vill såklart inte belasta alls då det gör ont.
- Akutens sköterska tar ingen kontakt med kommunen – *”Gösta behöver ju läggas in, han är ju gammal”*.
- Gösta läggs in för *”för smärtlindring och mobilisering”*. Ordinerar Alvedon regelbundet. Läkaren skriver också remiss till ortopedmottagningen med anledningen av artrosen.
- Sjuktransporten lämnar Gösta på röntgen. Då röntgen visar skelettskada flyttas Gösta till akuten.
- Läkaren på akuten informerar Gösta om svaret och diskuterar Göstas hemsituation. Läkaren och Gösta är överens om att han behöver hjälp men inte behöver läggas in. Artrosen är de överens om att Gösta inte vill åtgärda då det känns mycket bättre efter en värktablett. Läkaren förskriver smärtlindring i nedtrappning.
- Akuten kontaktar kommunens biståndsenhet och diskuterar ärendet. Biståndsenheten ringer upp Gösta och hör hur han tänker. Gemensamt kommer man överens om att Gösta får stanna kvar på sjukhuset över natten för att kunna få den hjälp han behöver.
- Biståndsbedömaren planerar komma till Gösta vid 11-tiden dagen efter för att planera fortsatt hjälp. Då är också hemtjänstgruppen *”förvarnad”* och kan kort därefter verkställa eventuellt nytt beslut.
  - I bakfickan finns också en korttidsplats om Gösta inte bedöms trygg i hemmet.
- Gösta åker hem från OBS-plats på morgonen med recept på smärtlindring. DSK har fått information via SAMSA och följer med biståndsbedömaren för att samverka samt dela dosett.

# På sjukhuset – Inlagd

- Sjukgymnasten kommer morgonen efter och mobiliserar Gösta. Det går men gör ont.
- Avdelningen skickar Inskrivningsmeddelande i SAMSA.
- Dag 2 på avdelningen justerar man smärtlindring.
- Dag 5 går Gösta själv med rollator och behöver bara lite hjälp med morgonbestyren.
- Dag 6 kommer en ny läkare som undrar varför Gösta ligger inne *"han får vi skriva ut idag"*.
- Gösta har hospitaliserats lite och tycker det känns otryggt att åka hem sådär plötsligt.
- SSK ringer biståndsenheten och vill att Gösta ska få mer hjälp.
- Biståndsenheten önskar lite underlag i en kallelse.
- Gösta ligger kvar... Kommun/PV gör ingenting, för det har ju inte kommit någon kallelse än.

- Gösta läggs in och läkaren på akuten berättar för Gösta att man planerar att Gösta behöver ligga inne för smärtlindring 3-4 dagar så man hinner ställa in lagom smärtlindring.
- Avdelningen skickar inskrivningsmeddelande med tänkt utskrivningsdatum 3 dagar senare.
- Primärvården efterfrågar ytterligare information.
- Avdelningen fyller i information i SAMSA om Göstas nuvarande tillstånd och tänkta åtgärder samt hur tillståndet förväntas utvecklas de kommande dagarna. *"borde kunna gå självständigt med rollator när smärtlindring fått effekt, men kan behöva tillsyn"*.
- Kommun planerar för att Gösta behöver tillsyn till varje måltid samt något besök däremellan för eventuella toalettbesök.
- Vårdcentralen utser en sköterska som blir fast vårdkontakt för Gösta. Man tar också kontakt med sjukhuset och DSK i hemvården för att ha en plan för hur man trappar ned smärtlindringen.

Kallelse

Samordnad  
Plan

Förplanering  
SIP

Fast vårdkontakt  
utses i öppen  
vård eller är  
redan utsedd

Meddelande  
om  
utskrivningsklar

# På sjukhuset – Inlagd fortsättningen...

- Sjukhuset skickar Kallelse till Vårdplanering.
- Kommunen slutar "rulla tummarna" och får fart, nu ska allt ske inom fem dagar. Man bokar ett vårdplaneringsmöte.
- Vårdcentralen gör ingenting, "Gösta är ju redan inskriven i hemsjukvården".
- Gösta ligger kvar på sjukhuset...
- Vårdplaneringsmötet genomförs. Nu bestäms allting som Gösta ska få hjälp med efter utskrivning. (Såvida Gösta inte försämrats av VRI).
- Gösta är nu så självständig att han klarar sig ganska bra själv på avdelningen. Men personalen hjälper ändå till lite på morgonen och det ska Gösta få hjälp med även efter utskrivning.
- Läkaren på sjukhuset diskuterar Göstas artros igen. Gösta tillstår att han haft ganska ont under lång tid, man kommer därför överens om att Gösta får en kallelse för knäprotesoperation efter cirka en månad.
- Gösta får information om att SSK på vårdcentralen är hans fasta vårdkontakt som både Gösta själv och hans DSK i hemsjukvården kan vända sig till rörande nuvarande problem.
- Gösta har en rimlig smärtsituation och läkaren bedömer att Gösta är färdig på sjukhuset.
  - Slutanteckningar görs färdigt.
  - Läkemedel stäms av.
  - Recept skrivs
  - Remiss för uppföljning av smärtlindring skrivs och skickas till vårdcentralen.
- Sjukhuset skickar utskrivningsmeddelande.
  - Redan nu skickas relevanta journalanteckningar till både kommun och vårdcentral.
- Gösta skrivs ut morgonen efter och tycker det känns skönt att komma hem. Han vet också att det ska bli ett möte efter några dagar och tror att eventuella frågetecken då kommer rätas ut.

# Utskrivning

- Vid ronden får Gösta besked att han skrivs ut idag. Gösta tycker det kom lite plötsligt, men tycker det blivit bättre och bättre *”så det kanske är dags?”*
- Gösta åker taxi hem. Möts upp av hemtjänsten som ska hjälpa Gösta in, men Gösta behöver ingen hjälp(!?).
- Hemtjänsten fortsätter titta till Gösta som innan han ramlade samt varje morgon. Men egentligen behöver Gösta inte längre någon hjälp på morgonen.
- Sjukhuset har inte skrivit färdigt några anteckningar, men Gösta får med sig en läkemedelslista i alla fall.

- Gösta åker hem i taxi.
- Alla journalanteckningar är redan överförda.
- När Gösta kommer hem möts han av hemtjänsten och får hjälp att ta sig in i bostaden. Han får information om att de kommer tillbaka några gånger under dagen men att han får larma om han behöver dem däremellan.
- Dagen efter ringer Göstas fasta vårdkontakt och frågar om Gösta kan komma till vårdcentralen för ett möte där man ska planera hur man bäst löser allting i fortsättningen. De bestämmer en tid efter två dagar och SSK på vårdcentralen berättar att hon också pratat med DSK i hemvården som kommer och gör sällskap med Gösta de två kvarterens promenad till vårdcentralen.

# Efter utskrivning - SIP

- Gösta är väldigt trött om dagarna. Han har inget ont längre. Men eftersom PostNord hanterar Göstas remiss för uppföljning av smärtlindring, som läkaren på sjukhuset skrev, står Gösta kvar på samma doser som precis efter fallet.
- Gösta fortsätter att vara hemma, efter ett tag är allt som innan han ramlade. Men när han nu ska tillbaka till sjukhuset för operation har han frågat hemtjänsten om han kan få mer hjälp igen. Hemtjänsten berättade då att det kommer sjukhuset kontakta dem om när Gösta är opererad.
- Gösta och DSK går till vårdcentralen. Där väntar SSK som är fast vårdkontakt samt en sjukgymnast. Med på Skype finns också Göstas biståndsbedömare, kommunens arbetsterapeut samt en operationskoordinator från Sjukhuset.
- SSK på vårdcentralen går igenom nuvarande situation och hur man tänkt att trappa ned smärtlindringen, och DSK i hemvården berättar att hon fortsätter ordna med dosettindelning på ordination från vårdcentralen.
- Operationskoordinatören berättar att Gösta ska operera knät om cirka en månad och kallelse kommer komma på posten. Efter operationen kommer Gösta kunna skrivas ut redan dagen efter om inga komplikationer tillstöter.
- DSK berättar att Gösta klarade väl att gå till vårdcentralen men Gösta känner sig osäker på vägen. Biståndsbedömaren berättar att han därför kommer få hjälp av hemtjänstens personal att gå till vårdcentralen för att träna med sjukgymnast 2 gånger per vecka efter operationen.
- Arbetsterapeuten från kommunen kommer komma hem till Gösta om några veckor för att se över hemmiljön och hjälpmedel inför operationen.
- Innan de är klara bestämmer de att de ska träffas igen 3 veckor efter operationen, då tror Gösta att han kan klara sig själv igen.

# Efter utskrivning – Uppföljning SIP

- Gösta blev bättre i knät och tackade därför nej till operationen.
- Sedan blev det sämre igen och nu har Gösta inte kunnat gå till mötesplatsen på flera veckor.
- Hemtjänsten får hjälpa Gösta med mycket mer morgon och kväll, fast de egentligen inte hinner. På dagarna sitter han mest i sin favoritfåtölj och ser på TV.
- Nu kommer Göstas son förbi och tycker *”pappa har ju blivit jättedålig, nu åker vi till sjukhuset”*.
- Gösta visar sig ha gått ned 10 kg och det kommer fram att han bara dricker kaffe mitt på dagen. Gösta blir inlagd på nytt.
- 3 veckor efter operationen går Gösta med sällskap till vårdcentralen. Han känner sig nu säker på vägen och har sagt att han nog kan klara det själv nästa gång.
- Med på mötet är samma personer som förra gången utom operationskoordinatören.
- Gösta klarar sig nu självständigt och uppger att han känner att allt är som vanligt.
- Gemensamt kommer man överens om att man nu kan avsluta SIP då behovet av samordning inte längre finns. Gösta får fortsatt hjälp att dela mediciner, städa och tvätta. Men han behöver inte längre någon rehabträning och då smärtlindringen trappats ut behöver vårdcentralen bara förnya hans recept på övriga läkemedel. Blir Gösta sjuk i framtiden tar han själv kontakt med vårdcentralen.



# På sjukhuset – Man kan också tänka sig att...

## Den dystopiska nutiden!

- Akutmottagningen ger Gösta en Oxynorm vid ankomst.
- Efter röntgen visar det sig att Gösta inte har brutit något, men har en artros i sitt knä.
- Gösta får prova att gå med rollator och hjälp från en av personalen och tycker det går riktigt bra *"efter den där tabletten"*.
- Akuten ringer DSK och frågar om Gösta kan komma hem igen.
- DSK har ju räknat med att Gösta blir inlagd och blir upprörd över frågan – *"Han har ju så ont!"*
- Sjukhuset lägger in Gösta *"för mobilisering och smärtlindring"*. Trots att han inte har särskilt ont eller svårt att mobilisera.

## Den utopiska (?) framtiden...

- Sjuktransporten lämnar Gösta på röntgen. Då röntgen inte visar skelettskada åker Gösta tillbaka till hemmet.
- Röntgenpersonalen kontakter DSK och informerar om svaret. Skriver också Meddelande till VO.
  - Vårdcentralen ser att Gösta är påväg hemåt och ordnar med recept på smärtlindring.
  - Vårdcentralen diskuterar också med kommunrehab vem som tar vid om Gösta behöver uppföljning och kommer överens om ett hembesök inom 4 dagar.
- DSK besöker Gösta ihop med biståndsbedömare när han kommit hem.
  - DSK delar OxyContin och Alvedon i Göstas dosett för kommande veckan.
  - Biståndsbedömare får samtycke till utökad hemtjänst som startar upp redan under eftermiddagen så Gösta får tillsyn vid förflyttningar.
- Gösta känner sig trygg med att *"tösera tittar till honom"*
- Efter en vecka trappas OxyContinet ut av DSK i samråd med vårdcentralen och hemtjänsten minskas ned.

# Sammanfattning - Skillnader

- Målsättningen är att patient i behov av insatser efter utskrivning ska kunna skrivas ut så snart som möjligt efter att patienten bedöms utskrivningsklar. Alltså...
  - Inga onödiga vårddygn.
- Blir 5 karensdagar istället 3? Ja, men...
  - Sjukhuset kommer aldrig igen kunna kalla till vårdplanering för tidigt!
- Vi går från 5 planeringsdagar till att få hela vårdtiden på oss. Dessutom...
  - Ingen skillnad på veckodagar och helgdagar.
- Betalningsansvar kommer beräknas som "snitt" och inte per ärende.

# Patientfall

Superkontaktombudsmöte 2017-10-10



# Tariq, 71år



# Tariq - Vårdbegäran



Vårdbegäran

- Autonom, inga kommunala insatser sedan tidigare.
- Söker själv sjukvård.
- Vårdbegäran initieras alltså inte av kommun.

# Tariq - Inskrivningsmeddelande



- Sjukhuset bedömer att Tariq har fått en stroke och lägger in Tariq för utredning.
- Sjukhuset bedömer att Tariq kan ha ett behov av fortsatta insatser efter utskrivning.
- Inskrivningsmeddelande skickas samma datum som patienten läggs in.
  - Inskrivningsdatum
  - Preliminärt utskrivningsdatum
  - Inskrivningsorsak förmedlas (samtycke)

# Tariq – Förplanering Sjukhus



- Planerad utskrivningsdag revideras.
- Sjukhuset bedömer:
  - Nuvarande och förväntat hjälpmedels- och rehabbehov  
Rullstol. Bostadsanpassning. Träning.
  - Nuvarande allmäntillstånd och förväntad utveckling  
Förflyttningar. Måltidssituation. ADL-status.
  - Nuvarande behov av hälso- och sjukvård och förväntat behov  
Läkemedelshantering. Sondmat.

# Tariq – Förplanering Primärvården

Förplanering  
SIP

Fast vårdkontakt  
utses i öppen  
vård eller är  
redan utsedd

- Utred förväntat hjälpmedelsbehov
- Utred förväntat behov av rehabträning
- Utred förväntat behov av hjälp med läkemedelshantering
- Fast vårdkontakt utses (inom den landstingsfinansierade öppenvården)



# Tariq – Förplanering Kommunen



- Utred förväntat hjälpmedelsbehov
- Utred förväntat behov av rehabträning
- Utred förväntat behov av hemsjukvård
- Ta emot ansökan om bistånd

# Tariq – Förplanering S/K/P



- Kontinuerlig uppdatering/uppföljning
- Preliminär gemensam plan
  - När *planen* motsvarar beskrivna *behov* kan patienten lämna sjukhuset  
”Tariq ska få kommunal hemsjukvård eftersom hans rehabiliteringsbehov bedöms behövas över tid och han har stora svårigheter att ta sig till rehabmottagning. Rullstolen har provats ut av sjukhusets arbetsterapeut men övriga hjälpmedel kommer kommunens arbetsterapeut att förskriva.”

# Tariq - Utskrivningsklar



- Journalanteckningar ska vara färdiga
- Läkemedelslista/ordinationshandling ska vara färdig
- Recept ska vara skrivna
- Nödvändiga remisser ska vara skrivna och skickade
- Behov av nödvändiga hjälpmedel, läkemedel och medicinskteknisk utrustning ska vara säkrat för de dygn som krävs för en kontinuitet i behandlingen efter utskrivning.

# Tariq – Kallelse till SIP



- Primärvården kallar till SIP senast 3 dagar efter utskrivningsklar
  - Kallelse till SIP går ut från Tariq's fasta vårdkontakt och förmedlar att SIP hålls i hemmet 3 dagar efter att patienten kommit hem
  - SIP behöver inte alltid hållas i hemmet. Situationen avgör vart patienten befinner sig vid SIP

# Tariq – Information vid utskrivning



- Tariq åker hem.
  - Sjukhuset skickar *Information vid utskrivning* i SAMSA

# Tariq – SIP upprättas eller uppdateras

Upprätta eller  
uppdatera SIP

- SIP hålls i hemmet mellan de involverade parterna
  - SIP upprättas i de fall det inte finns en tidigare
  - SIP uppdateras i de fall de fall det finns en tidigare
- SIP är en skräddarsydd helhetsbedömning utifrån individuellt behov
  - Patientens upplevda och bedömda behov
    - Nuvarande och kommande omvårdnadsbehov
    - Nuvarande och kommande sjukvårdsbehov
    - Nuvarande och kommande behov av stöd och social omsorg
    - Nuvarande och kommande rehab behov
  - Uppföljningsdatum sätts

# Tariq – Följa upp SIP



- Den fasta vårdkontakten kallar till ny SIP när uppföljningsdatumet närmar sig
  - Följa upp de behov som uppdagades i denna förra planeringen
  - Alla parter har ansvar för att kalla till uppföljning SIP om behov föreligger
- Uppdatera SIP om fortsatt behov föreligger

# Tariq – Avsluta SIP



- Efter uppföljning SIP beslutas att behovet av hjälp inte kvarstår varpå SIP avslutas



# Diskussion - Patientfall

- Ally 81år
  - Ni delas upp i diskussionsgrupper med representanter från PV, kommun och sjukhus
  - Utgå ifrån den nya processen (se bild)
  - I detta fallet skall patienter med endast SoL insatser också ha en vårdbegäran upprättad vid transport till sjukhuset
- Genomgång i helgrupp senare

# Superkontaktombudsträff

10 oktober 2017



# Agenda

## Förmiddag

- Aktuell SAMSA information
- Informationsvägar
- Trygg och säker utskrivning från slutenvården
- Patientfall

*Lunch Kl. 11.30 – 12.30*

## Eftermiddag

- Fortsättning patientfall
- Aktuella frågor – gemensam diskussion
- Hemsidor
- Vårens superkontaktombudsträff



# Trygg och säker utskrivning i Skaraborg

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från  
sluten hälso- och sjukvård

# *Vårdsamverkan Västra Götaland*

## Strategisk beredningsgrupp

- Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård
- Gemensam riktlinje utskrivning från slutet hälso- och sjukvård
  - Definitioner

## Styrgrupp SVPL, SAMSA arbetsgrupp

- Översyn och anpassning av nuvarande IT stöd, SAMSA, rutin för SVPL och regional tillämpning

# *Vårdsamverkan Skaraborg*

## Arbetsgrupp: Nya arbetssätt i vårdplaneringsprocessen

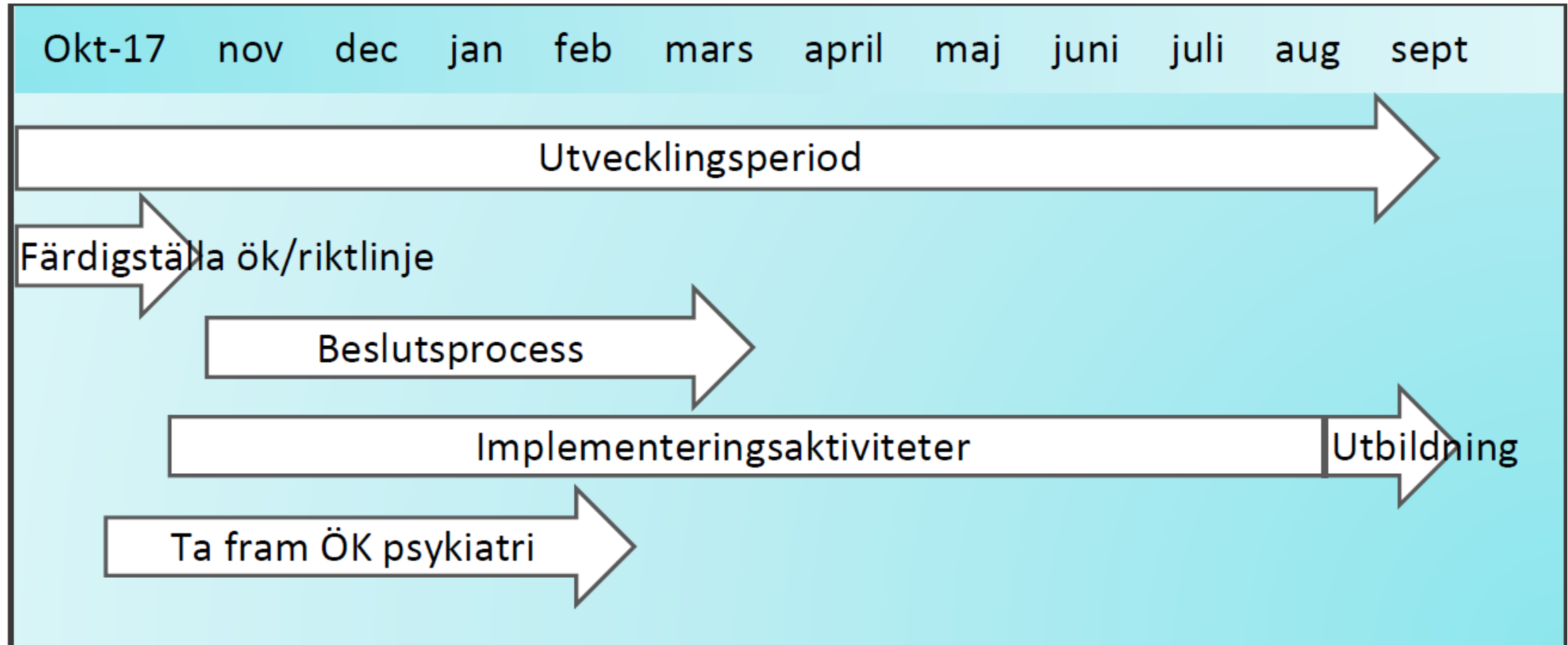
- utsedd mars 2017 för anpassning av överenskommelse och gemensam riktlinje, återrapportering till styrgrupp vårdsamverkan 13 september 2017 med förlängt uppdrag
- Förslag är framtaget till "*gemensam rutin för utskrivningar från slutet hälso- och sjukvård i Skaraborg*"

## Arbetsgrupp SVPL fokus på SVPL kopplat till SAMSA

- Förvaltare
- Superkontaktombud
- kontaktombud



# *Nyhetsbrev 5 – Trygg och effektiv utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*



---

## Vad kan påbörjas redan nu?

Tanken är inte att delregionerna ska skapa egna rutiner utan börja arbeta med de delar i överenskommelsen och riktlinjerna som redan nu kan förberedas. Fokus på in- och utskrivningsprocessen är viktigt inför övergången. De här delarna kan vårdsamverkan och enskilda verksamheter börja med redan nu:

- Optimera dagens samordnade vård- och omsorgsplanering.
- Prata sig samman kring hur förplaneringen ska gå till.
- Bestämma hur ni i samverkan ska göra en åtgärdsplan för de kommuner som har många utskrivningsklara kvarliggande patienter.
- Göra gemensam åtgärdsplan redan nu.
- Involvera vårdcentral och öppenvårdsmottagningar mer inom länssjukvården i utskrivningsprocessen.
- Göra Samordnad individuell plan (SIP) enligt gällande [rutin](#) – behövs utbildning?
- Primärvården kan utse fast vårdkontakt samtycke ges.
- Göra fler distansmöten via video.



# *Ny lag träder i kraft 1 januari 2018*

- *”Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård”* syftar till att personer som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna den slutna vården.
- Riktat sig till personer som bedöms ha eller behöver samordnade insatser för fortsatt omsorg och vård efter utskrivningen.
- Gäller för alla åldrar.
- Den nuvarande betalningsansvarslagen gäller till och med 2018-12-31 för personer som skrivs ut från slutna psykiatrisk och rättspsykiatrisk vård.

# *Om samordning och planering...*

- I dag planerar vi en SVPL vid varje vårdtillfälle med stöd av SAMSA. Det kommer vi att sluta med.
- Vi kommer att arbeta i en ny utskrivningsprocess som i sin tur resulterar i en Samordnad individuell plan, SIP. Vi kommer fortsatt att planera var för sig i den initiala planeringen som nu och dokumentera i SAMSA.
- När väl en SIP är upprättad så är det den som kommer att uppdateras när förändrade behov uppstår. Vi kommer inte att upprätta en SIP för varje vårdtillfälle.
- Ansvarig för planering och samordning är den fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppna vården. Kommun och sjukhus och ev. andra parter deltar och samverkar i planeringen.
- Personen hålls informerad och är delaktig i planeringen

# *Varför en SIP vid utskrivning...*

- SIP skiljer sig från andra planer då den syftar till att **säkerställa samarbetet** mellan parterna.
- Planen ska utgå från **personens individuella behov** och svara upp med stödinsatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- En SIP vid utskrivning ska upprättas **oavsett** om personen har större eller mindre behov av samordnade insatser. Om det redan finns en befintlig SIP ska den uppdateras vid förändrade behov och insatser.
- Av planen ska det framgå:
  - "vem gör vad"
  - vilka insatser som behövs
  - vilka insatser respektive part ska svara för
  - vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller av den landstingsfinansierade öppen vården
  - vem som har det övergripande ansvaret för planen och för att följa upp den.

# *Utskrivningsprocessen*

Ska säkerställa en trygg, säker och effektiv utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.



## Vårdbegäran

För att uppnå en säker inskrivning ska uppgifter av betydelse för fortsatt vård och behandling framgå av vårdbegäran

- Namn och personnummer.
- Finns pågående kommunala insatser, vilka?
- Ange den vårdcentral *personen* är listad på i sändlistan även när personen ska till annan öppen vård eller slutenvård
- Kontaktuppgifter



## Inskrivnings- meddelande

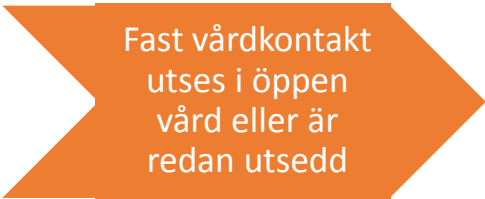
Om behandlande läkare bedömer att *Maria* kan ha behov av samordnade insatser ska slutna vården underrätta **berörda enheter** inom 24 timmar efter bedömningen. Bedömning kan också ske i ett senare skede i vårdloppet.

- Namn och personnummer.
- I vilken kommun *personen* är folkbokförd i.
- Vilken vårdcentral *personen* är listad på.
- Beräknad tidpunkt för utskrivning. (Nytt!)
- Inskrivningsorsak (kräver samtycke). (Nytt!)



## Förplanering SIP

- Samtliga berörda enheter påbörjar ett initialt planeringsarbete. **(Nytt!)**
- För att påbörja planering behöver socialtjänsten *personens* samtycke enligt socialtjänstlagen.
- Slutenvården ansvar för att en bedömning av hälso- och funktionstillstånd görs vid inskrivning.
  - Arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare eller sjuksköterska.
  - Om det finns en aktuell bedömning som gjorts av den som remitterat in Maria till slutenvården (gäller framför allt funktionstillstånd) så behöver inte slutenvården göra en bedömning av hälso- och funktionstillstånd vid inskrivningen.
  - Information ska dock ges vid utskrivning till berörda enheter oaktat vem som gjort bedömningen.



Fast vårdkontakt  
utses i öppen  
vård eller är  
redan utsedd

- Efter att listad vårdcentral och/eller sjukhusets öppen vård fått underrättelse om att personen är inskriven ansvarar verksamhetschefen för att en **fast vårdkontakt** utses. Om det redan finns en fast vårdkontakt så ska denne fortsätta vara det.
- Den fasta vårdkontaktens ansvar är att driva samordning och planering för att upprätta en SIP vid utskrivning eller uppdatera en befintlig SIP.
- Den fasta vårdkontakten inleder skyndsamt ett förberedande arbete med samordning och planering och kontaktar sluten vården och personen och andra berörda.
- Det kan finns fler fasta vårdkontakter och i de fall förväntas de kontakta och samordna med varandra. Endast en fast vårdkontakt kallar till SIP.





- När behandlande läkare bedömt att en person är utskrivningsklar, ska den slutna vården så snart som möjligt underrätta berörda enheter om det, om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det.
- Utskrivningsklar betyder att *Maria* inte längre har behov av slutna vårdens resurser. Det innebär att övriga professioners planer i planeringen också är klara och ingår i bedömningen. *Maria* är alltså klar för hemgång.
- Utskrivningsklar innebär att *Maria* ska bli utskriven samma dag.
- Personens hälsotillstånd och andra personliga förhållanden (till exempel hemsituation) ska vara känt hos berörda enheter när meddelande om utskrivningsklar skickas - om det inte är det ska informationen skickas. Uppgifterna är under sekretess och kan enbart skickas om samtycke finns eller om uppgiften kan överföras utan att den enskilde personen eller någon närstående till denne lider men. **(NYTT!)**



Fast vårdkontakt skickar en kallelse efter att samtycke givits för att upprätta en SIP eller uppdatera en befintlig SIP inom tre dagar efter att en underrättelse om utskrivningsklar gjorts. Kallelsen ska innehålla:

- Vem planeringen gäller för.
- Syfte och vilka frågor som ska tas upp.
- Vem som är sammankallande.
- Vilka som är kallade och inbjudna.

Krav enligt lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) samverkan vid in- och utskrivning av patienter från slutenvård:

- Hälsa- och funktionstillstånd vid inskrivning.
- Funktionstillstånd vid utskrivning.
  - Inga krav på när i tiden bedömningen ska genomföras men informationen ska vara aktuell och gälla vid tiden för utskrivning.

Lag [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran\\_sfs-2017-612](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612)

SOSFS 2005:27 <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-27>

Krav enligt ny lag (2017:612) och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27):

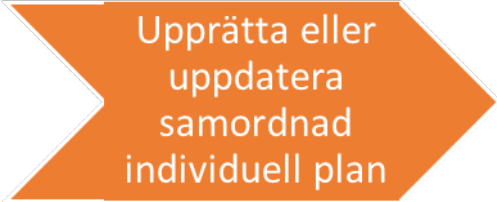
- Vårdsammanfattning innehållandes utvärdering av genomförd vård, behandling och rehabilitering.
  - Förutom läkarens/sjuksköterskans sammanfattning behöver en fysioterapeut och/eller arbetsterapeut ha gjort en utvärdering och sammanfattning av personens rehabilitering.
- Redogörelse för komplikationer och avvikelser under vårdtiden.
  - Om dessa har inträtt och är nödvändiga för personens fortsatta vård och omsorg.
- Hälso- och sjukvårdspersonalens bedömning av personens hälsotillstånd vid tiden för utskrivning samt riskbedömning.
- Personens upplevelse av sitt hälsotillstånd vid utskrivningen.
- Arbetsförmåga om relevant.

- Vårdsammanfattning.
- Komplikationer och avvikelser.
- Hälsa- och funktionstillstånd vid in- och utskrivning.
- Personens upplevelse av sitt hälsotillstånd.
- Arbetsförmåga om relevant.
- Remiss, epikris/slutanteckning
- Läkemedelslista och berättelse



Till den enskilda personen:

- Sammanfattning av vård.
- Fast vårdkontakt **Nytt!**
- Tidpunkt för när SIP ska planeras, om inte personen redan har en SIP som ska uppdateras bör/ska finnas. **Nytt!**
- Befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen.
- Vad som skall göras vid nya symtom
- Genomgång av aktuell läkemedelslista och berättelse



Upprätta eller  
uppdatera  
samordnad  
individuell plan

- SIP upprättas eller uppdateras om det redan finns en sedan tidigare.
- Informationskrav utifrån befintlig lagstiftning (hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen):
  - Vilka insatser behövs,
  - Vilka insatser som respektive part svarar för,
  - Vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen.
  - Vem av parterna som ska ha det övergripande ansvaret för planen.
- SIP ska utgå från den enskildes personens behov och önskemål och pågående insatser – bedömningar kopplat till dessa behöver vara tillgänglig vid planering.

# *Vad är den egentliga förändringen?*

- Högre krav på nytt planeringsflöde och information
- Den landstingsfinansierade öppen vården får ett samordnings-och planeringsansvar
- Planering för utskrivning startar vid inskrivning
- Utskrivning ska kunna ske årets alla dagar och uppfylla kraven på information och planering
- Dagens samordnade vårdplanering ersätts av skyldigheten till en samordnad individuell planering (SIP)
- Samma fristdagar för alla patientgrupper och alla åldrar
- Villkoren för kommunens betalningsansvar är ändrade

I huvudsak består lagförslaget av redan lagstadgade krav som exempelvis fast vårdkontakt, meddelande om utskrivningsklar, SIP med mera.

*Förslag:*

*Gemensam rutin för utskrivningar från slutna hälso-  
och sjukvård i Skaraborg*



# *Förslag ”Gemensam rutin för utskrivningar från slutna hälso- och sjukvård i Skaraborg”*

- Definitioner av betydelse
- Styrande dokument
- Vårdplaneringsprocessen

*Observera att den gemensamma rutinen är ett komplement till överenskommelsen och den gemensamma riktlinjen på Västra Götalandsnivå.*

# *Styrande dokument*

- Överenskommelsen mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Gemensam riktlinjen för utskrivningar från slutna hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvårdsavtalet
- Gemensam rutin i Västra Götaland för samordnad vårdplanering, SVPL
- Regional tillämpning, samordnad vård och omsorgsplanering, gemensam rutin i Västra Götaland samt IT-tjänsten SAMSA

# *Definitioner av betydelse*

- Samordnad individuell plan
- Medicinsk vårdplan

# *Samordnad individuell plan - SIP*

Planen ska upprättas när den enskilde är i behov av insatser både från hälso- och sjukvård och från socialtjänst och då det av landstinget eller kommunen bedöms behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Planen ska innehålla uppgifter om:

1. Vilka insatser som behövs
2. Vilka insatser som respektive huvudman ska svara för
3. Vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och
4. Vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen

# *Medicinsk vårdplan*

Planen ska ge vägledning vid en bedömning av vidare åtgärder när en försämring i personens hälsotillstånd inträffar. Planen ska innehålla uppgifter om:

- Aktuell sjukdomssituation
- Planering av vård och rehabilitering
- Trygghetsordinationer, ja/nej
- Uppgift om när läkemedelsgenomgång genomförts
- Vart man vänder sig vid försämring

# *Vårdplaneringsprocessen*

1. Vårdbegäran/Remiss
2. Inskrivningsmeddelande
3. Förplanering samordnad individuell plan
4. Fast vårdkontakt utses i öppenvård eller är redan utsedd
5. Meddelande om utskrivningsklar
6. Kallelse till samordnad individuell planering
7. Information vid utskrivning
8. Upprätta eller uppdatera SIP
9. Följa upp SIP
10. Avsluta SIP

# *Identifierade förutsättningar för fungerande Utskrivningsprocess*

- Kontaktpunkt, tillgänglig via telefon och bevakning av INKORG i SAMSA
- Samverkan sker via SAMSA
- Teknisk utrustning
- Oenigheter/tvister hanteras separat

## **Synpunkt/Kommentar**

*Kraven på en pågående vårdplaneringsprocess oavsett vardag eller helgdag påverkar behovet av öppen kontaktpunkt inom både kommun och öppenvård. Det saknas idag samsyn kring vad "kontaktpunkt" innebär och vilken roll den ska ha fortsättningsvis.*

# *Vårdbegäran – säker inskrivning*

- Kommunen ska skriva vårdbegäran för alla personer med insatser, oavsett lagrum
- Öppenvården ska komplettera befintlig vårdbegäran/skriva vårdbegäran och vidarebefordra till slutenvården
- Uppgifter i remiss ska framgå även i vårdbegäran
- Kontakt läkare – läkare
- Påbörja planering för patientens hemgång



# *Inskrivningsmeddelande*

- Välinformerad och delaktig patient
- Uppgift om inskrivningsorsak och prel. bedömning av fortsatt vårdbehov och typ av insatser efter utskrivning, för att den initiala planeringen ska kunna påbörjas.
- Val av rehabmottagning

# *Förplanering SIP*

- Alla parter ansvarar för att förbereda sig inför utskrivning och möte för SIP
- Kompletterat/revidera löpande kontaktuppgifterna i SAMSA
- Slutanteckning påbörjas
- Planeringen ska ske tillsammans med patient/anhöriga
- Läkemedelsavstämning med patient/anhöriga
- Bedömning av rehab, bl.a. förflyttning och ADL-bedömning bör ske fortlöpande under vårdtiden
- Bedömning och förskrivning av personliga hjälpmedel inför hemgång i samråd med öppenvård och/eller kommun.
- Bedöma behov av och förskriva läkemedelsnära produkter, andra medicintekniska produkter, särskild näring m.m. inför hemgång

# *Fast vårdkontakt utses i öppenvård*

- Vårdcentralen beslutar vilken mottagning inom den landstingsfinansierade öppenvården som ska tillsätta fast vårdkontakt med samordningsansvar för SIP

# *Meddelande om utskrivningsklar*

## **Gemensamt ansvar:**

- Skapa trygghet och förutsättningar för en säker vårdövergång
- Personliga hjälpmedel och förbrukningsmaterial ska finnas tillgängliga vid hemgång för att patienten ska kunna bli utskrivningsklar

## **Slutenvårdens ansvar:**

- Kontrollera läkemedel/Apodos
- Avstämning med patient/anhöriga
- Avstämning med kommunen och/eller öppenvården
- Skicka remiss till öppenvård för ställningstagande till om det medicinska ansvaret kan övertas. I SAMSA ska det framgå till vilka remiss har skickats.

# *Kallelse till SIP*

- SIP efter hemkomst ska prioriteras
- Att kallelse till SIP inte skickats utgör inget hinder för utskrivning förutsatt att berörda parter är överens och att läkare inom slutenvården bedömt att det är patientsäkert. Förutsätter att information vid utskrivning finns tillgänglig för mottagande part.

# *Information vid utskrivning*

- Kontakt läkare – läkare innan patienten lämnar sjukhuset
- Ställningstagande till öppen retur
- Läkemedel ska förskrivas för hela behandlingsperioden eller för som mest 3 månader efter utskrivning
- Medicinska behandlingsansvaret – remiss till öppenvården

## *Upprätta eller uppdatera SIP*

- Alla som kallas till SIP ska delta. Det är det individuella behovet hos den enskilde som är avgörande.
- Fast vårdkontakt med samordningsansvar ansvarar för att en SIP upprättas eller uppdateras

## *Följa upp och avsluta SIP*

Enligt gemensam riktlinje om utskrivningar från slutet hälso- och sjukvård

# *Avvikelser*

- Avvikelsehantering följer varje vårdgivares riktlinjer och rutiner
- Uppföljning på Skaraborgsnivå sker via patientsäkerhetsgruppen



# *Patientfall*

# *Aktuella frågor – gemensam diskussion*



# Hemsidor...

*Minnesanteckningar och presentationer läggs ut på vårdsamverkans hemsida.*

## Vårdsamverkan Skaraborg

**Nytt material:**

<http://www.vardsamverkanskaraborg.se/sv/Vardsamverkan-Skaraborg/NyaVardsamverkanSkaraborg/>

<http://www.vardsamverkanskaraborg.se/sv/Vardsamverkan-Skaraborg/NyaVardsamverkanSkaraborg/Navigering/Arbetsgrupp/Grupper/Patientsakerhet/Samordnad-varldplanering/>

**Gammalt material:** Vårdsamverkan – Samverkansgrupper – Gränssnitt Skaraborg – Samordnad vårdplanering

<http://www.vardsamverkanskaraborg.se/sv/Vardsamverkan-Skaraborg/NyaVardsamverkanSkaraborg/Navigering/Arbetsgrupp/Grupper/Granssnett-Skaraborg/Samordnad-varldplanering/>

## Regionen

<http://www.vgregion.se/sv/Ovriga-sidor/Samordnad-varldplanering/>

[www.vgregion.se/tryggutskrivning](http://www.vgregion.se/tryggutskrivning)



# *Vårens superkontaktombudsträff*

*Onsdag 11 april 2018*

*Kl. 09.00 – 16.00*

*Sessionssalen, stadshuset Skövde kommun*

*Anmälan sker via regionkalendern*

<https://regionkalender.vgregion.se/RegionKalender/main.nsf/viewEvents/106D60625E6BCA48C12581B50022E88C?OpenDocument>

