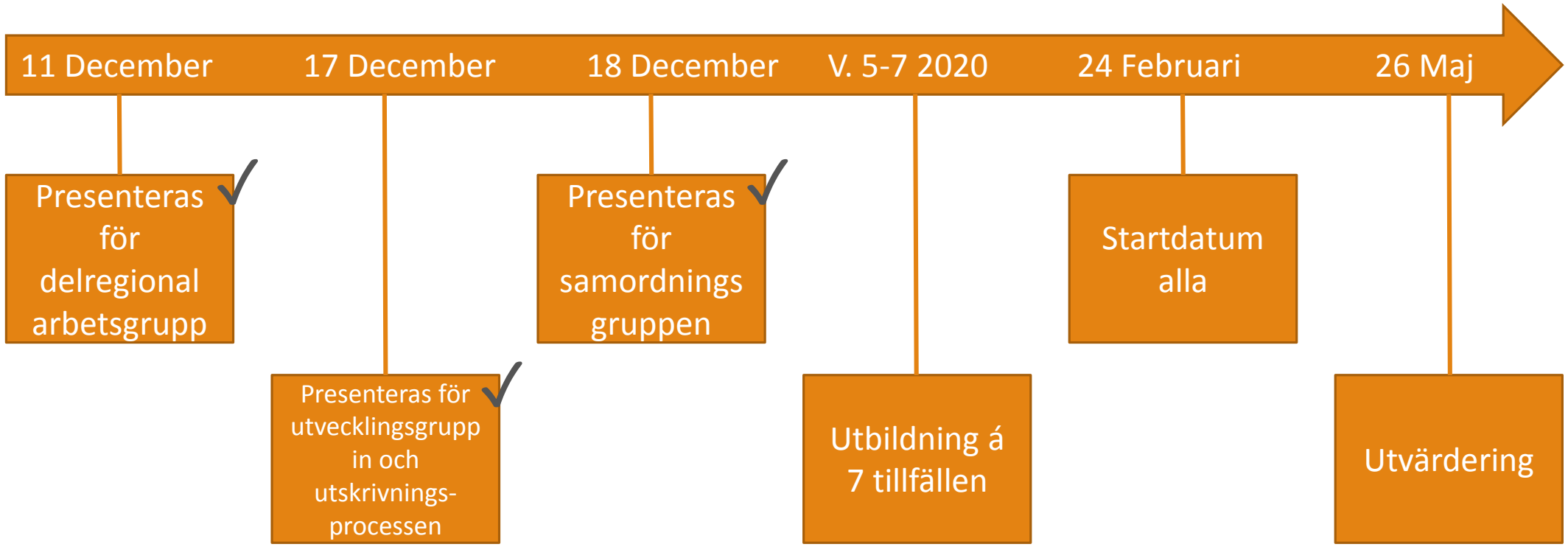
Delvis förändrat arbetssätt in- och utskrivningsprocessen

UTBILDNING JANUARI-FEBRUARI 2020

Varför ändra arbetssätt - Skarborgsmodellen

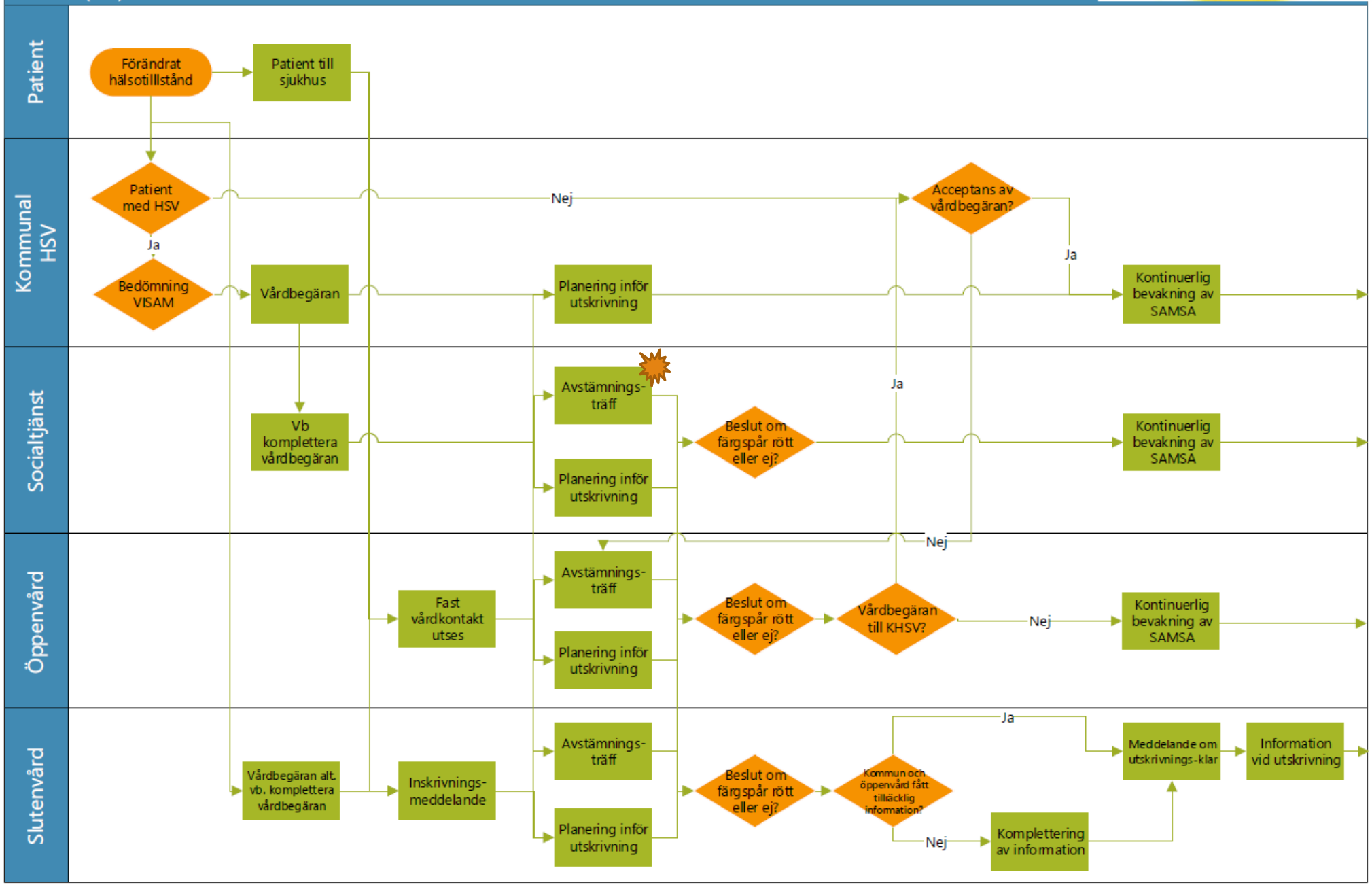
- Den mest framgångsrika modellen i VG-regionen
- Fast vårdkontakt leder utskrivningsarbetet och krokar arm med socialtjänsten
- Tid och resurser saknas för långa möten med alla deltagande parter.
- SAMSA används aktivt -av alla- för all kommunikation
- SIP i hemmet ger träffsäkrare bedömningar.
- Patienten görs inte utskrivningsklar förrän all information finns tillgänglig
- Kort tänk – när individen befinner sig på sjukhus. Vad behöver den enskilde för insatser för att få en trygg och säker hemgång i det korta perspektivet? Vi behöver inte utreda hela livssituationen i SAMSA, bara det som behövs för att komma hem.
- Lång tänk - när den enskilde kommit hem så kan vi planera för det långsiktiga. SIP hålls i hemmet då det rör sig om samordnade insatser relativt snart efter utskrivning

Tidsplan


11 December
17 December
18 December
V. 5-7 2020
24 Februari
26 Maj
Presenteras för delregional arbetsgrupp
Presenteras för utvecklingsgrupp in och utskrivnings-processen
Presenteras för samordnings gruppen
Utbildning á 7 tillfällen
Startdatum alla
Utvärdering

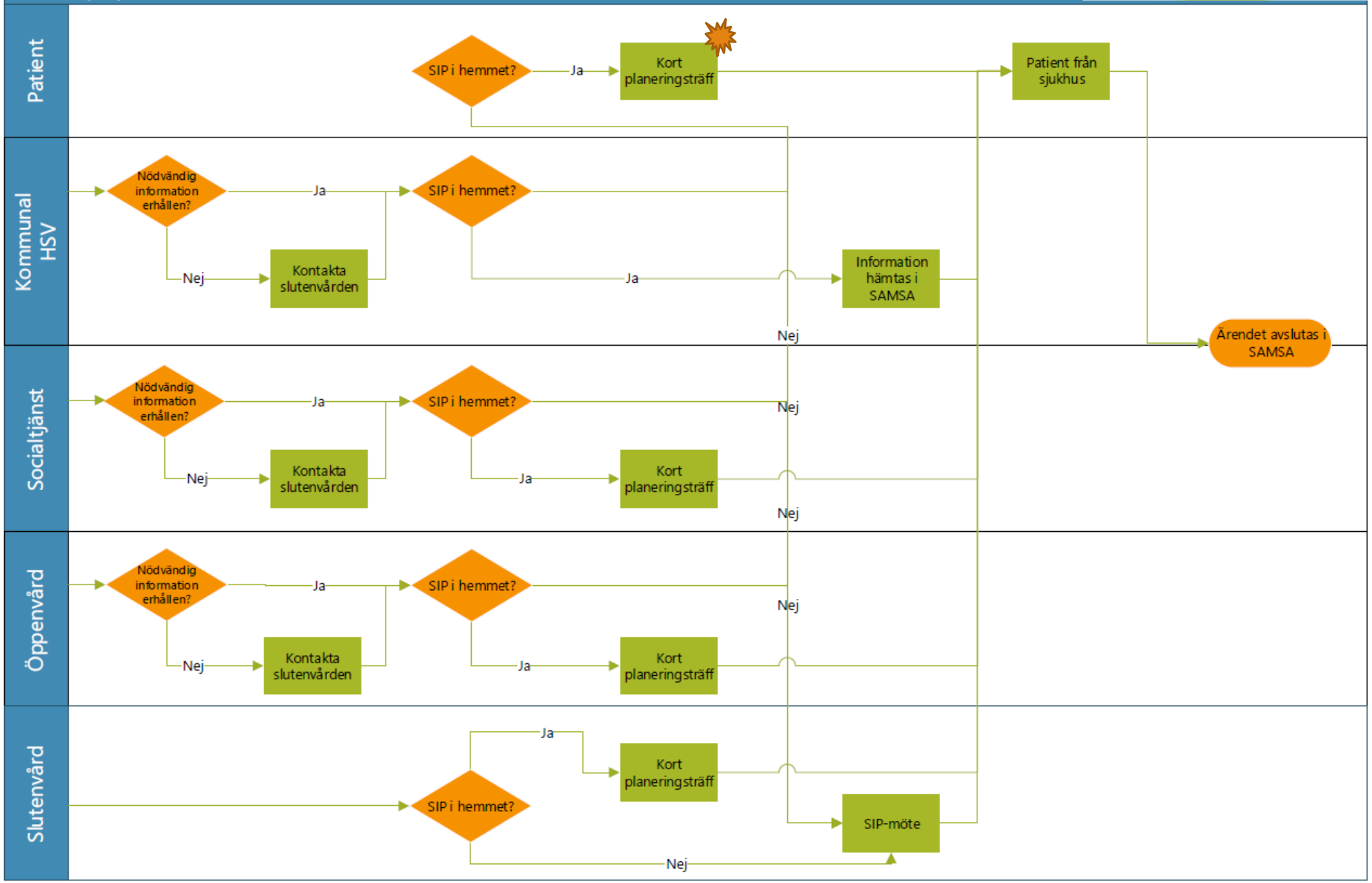
In- och utskrivningsprocessen från sluten hälso- och sjukvård

2019-11-13 (sid.1)



In- och utskrivningsprocessen från sluten hälso- och sjukvård

2019-11-13 (sid.2)



Avstämningsträff – vad är nytt?

- Den kommunala hälso- och sjukvården deltar ej via Skype, följer inskriven patient via SAMSA
- Vårdbegäran – skickas till den kommunala hälso- och sjukvården om patienten inte tidigare är inskriven men bedöms ha behov efter utskrivning. Görs av Fast vårdkontakt. Öppenvårdsärende
- Färgspår RÖD = SIP på sjukhus. Sjuksköterskan från sjukhuset deltar vid beslut om SIP på sjukhuset.
- Övriga patienter – ska erbjudas planeringsträff på sjukhuset
- Behov av ökad frekvens, i nuläget 1-2 ggr per vecka

Samtycke - information

I väntan på att Regionen ska ta fram en gemensam informationsbroschyr används: Vi behöver ditt samtycke för att planera din fortsatta vård och omsorg efter utskrivning

SIMBA

Vi behöver ditt samtycke för att planera din fortsatta vård och omsorg efter utskrivning

Ibland finns behov av vård och omsorg även efter din tid på sjukhuset. Du ska tryggt kunna återvända hem med det stöd du behöver. Därför har sjukhuset ett nära samarbete med din vårdcentral, annan öppenvård och din hemkommun.

För att kunna planera din fortsatta vård och omsorg tillsammans behöver vi ditt samtycke. Läs i rutan om vad det innebär, så berättar vi mer och svarar på dina frågor.

- Du som behöver vård och omsorg efter att du skrivits ut från sjukhuset behöver ge ditt samtycke (medgivande) för att uppgifter om ditt sjukdomstillstånd ska kunna delas mellan sjukhuset, din vårdcentral eller annan öppenvård och din hemkommun.
- Samtycket gäller för all information som delas samt för den planering och uppföljning som behövs kopplad till detta vårdtillfälle.
- Du har rätt att veta vilken information som delas och du kan när som helst ta tillbaka ditt samtycke.

När du gett ditt samtycke startar planeringen
Sjukhuset meddelar nu din vårdcentral och/eller annan öppenvård samt din kommun när du beräknas kunna lämna sjukhuset. Tillsammans gör vi en kartläggning över ditt tidigare och nuvarande hälsotillstånd, om du har insats inom vård och omsorg sedan tidigare och de insatser du kan komma att behöva efter utskrivning från sjukhuset.

Vilken information delas?
- Ditt hälsotillstånd – din vårdcentralsläkare informerar läkaren på sjukhuset om din hälsobakgrund och får veta vad som har hänt, vilken vård du har fått på sjukhuset, hur du mår nu och vad du klarar av.
- Hjälpinsatser – kommunen informerar sjukhuset om du har pågående hjälpinsatser samt hur du klarat dig hemma hittills och får veta hur ditt nuvarande hälsotillstånd är.

Vem får ta del av informationen?
- Vårdcentral eller annan öppenvård – din vårdcentralsläkare och övrig personal som är involverade för att du ska få den vård du behöver från din vårdcentral och öppenvårdsmottagning.
- Kommun – den personal som beslutar vilka socialtjänstinsatser och hemsjukvårdsinsatser som du kan erbjudas samt den personal som utför dessa insatser.

Kort planeringsträff -förberedelse

- Samverka om tid/form för planeringsträff via mötesflik i SAMSA
- Sjukhuset skapar länk till videomöte i SAMSA (i samråd med fast vårdkontakt)
- Vårdavdelning informerar patient och eventuell anhörig/närstående om tid för träff
- Skriftlig patientinformation lämnas ut och patienten informeras om dag för utskrivningsklar
- Kortsiktig planering för att trygga övergången
- Långsiktig planering görs i hemmet efter att patienten lämnat slutenvården

Kort planeringsträff – vad är nytt?

Vem deltar?

- Fast vårdkontakt i öppenvården
- Handläggare från socialtjänsten
- Personal från sjukhuset - deltar som stöd till patienten och bistår med tekniken
- Eventuell anhörig/närstående

När? Så nära inpå datum för utskrivningsklar som möjligt.

Hur? I möjligaste mån videomöte

Varför? Vid mötet fattas beslut om tid för SIP i hemmet. Ansökan om insatser via SoL/LSS görs.

Kom ihåg att ju bättre planering som genomförts i SAMSA, via planeringsunderlaget, desto bättre kommer planeringsträffen att fungera.

Nya dokument

- Samtyckesinformation – lämnas ut av slutenvården
- Patientbroschyr – lämnas ut av slutenvården
- SIP-information till patient – lämnas ut av slutenvården
- Stödstruktur – används av fast vårdkontakt och socialtjänst som stöd vid planeringsträffen

Nya dokument

SIMBA

Vi behöver ditt samtycke för att planera din fortsatta vård och omsorg efter utskrivning

Ibland finns behov av vård och omsorg även efter din tid på sjukhuset. Du ska tryggt kunna återvända hem med det stöd du behöver. Därför har sjukhuset ett nära samarbete med din vårdcentral, annan öppenvård och din hemkommun.

För att kunna planera din fortsatta vård och omsorg tillsammans behöver vi ditt samtycke. Läs i rutan om vad det innebär, så berättar vi mer och svarar på dina frågor.

- Du som behöver vård och omsorg efter att du skrivits ut från sjukhuset behöver ge ditt samtycke (medgivande) för att uppgifter om ditt sjukdomstillstånd ska kunna delas mellan sjukhuset, din vårdcentral eller annan öppenvård och din hemkommun.
- Samtycket gäller för all information som delas samt för den planering och uppföljning som behövs kopplad till detta vårdtillfälle.
- Du har rätt att veta vilken information som delas och du kan när som helst ta tillbaka ditt samtycke.

När du gett ditt samtycke startar planeringen
Sjukhuset meddelar nu din vårdcentral och/eller annan öppenvård samt din kommun när du beräknas kunna lämna sjukhuset. Tillsammans gör vi en kartläggning över ditt tidigare och nuvarande hälsotillstånd, om du har insats inom vård och omsorg sedan tidigare och de insatser du kan komma att behöva efter utskrivning från sjukhuset.

Vilken information delas?
- Ditt hälsotillstånd – din vårdcentralsläkare informerar läkaren på sjukhuset om din hälsobakgrund och får veta vad som har hänt, vilken vård du har fått på sjukhuset, hur du mår nu och vad du klarar av.
- Hjälpinsatser – kommunen informerar sjukhuset om du har pågående hjälpinsatser samt hur du klarat dig hemma hittills och får veta hur ditt nuvarande hälsotillstånd är.

Vem får ta del av informationen?
- Vårdcentral eller annan öppenvård – din vårdcentralsläkare och övrig personal som är involverade för att du ska få den vård du behöver från din vårdcentral och öppenvårdsmottagning.
- Kommun – den personal som beslutar vilka socialtjänstinsatser och hemsjukvårdsinsatser som du kan erbjudas samt den personal som utför dessa insatser.

Det du behöver veta inför din utskrivning

SIMBA

SIMBA

SIP

Samordnad individuell plan (SIP)

En samordnad individuell plan (SIP) gör att du blir mer delaktig i planeringen av insatser som behövs när du lämnar sjukhuset. En SIP hjälper alla inblandade till bättre samordning och det blir tydligt vem som gör vad i din fortsatta vård.

Den samordnade indiviuella planen tas fram vid ett möte (SIP-möte), som alltid utgår ifrån vad som är viktigt för dig. Vi skapar en helhetsbild för både dig, dina närstående och dina vårdgivare. SIP-mötet hålls oftast efter du skrivits ut från sjukhuset.

Planeringsträff – ett första steg mot SIP

Första steget mot en SIP är att du, din fasta vårdkontakt och handläggare från kommunen har en planeringsträff där ni tillsammans bestämmer vilka som ska vara med på SIP-mötet. Det kan vara exempelvis närstående, socialtjänsten, vårdcentralen, habiliteringen, skolan eller försäkringskassan.

En fast vårdkontakt kan utses i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och ska tillgodose ditt behov av trygghet, kontinuitet och samordning.

För att din hemkommun ska kunna stötta dig måste du ansöka om insatser och detta görs också på planeringsträffen. Du beskriver helt enkelt vilka behov du själv upplever.

För att förbereda dig inför planeringsträffen finns ett antal frågor att fundera över på nästa sida, där du också kan föra anteckningar som stöd för dig.

Datum och tid för planeringsträff

Datum .....

Tid .....

- ☐ Möte via videolänk
- ☐ Fysiskt möte på sjukhuset
- ☐ Telefonkonferens

SIMBA

Stödstruktur – planeringsträff inför hemgång

Planeringsträffen är tänkt som den sista pusselbiten i utskrivningsprocessen. Det är viktigt att all planering är dokumenterad i SAMSA och att ansvarsfördelningen är färdigställd för att planeringsträffen ska kunna vara just den sista pusselbiten.

Syftet med planeringsträffen är att inhämta samtycke för och bearbeta kallelse till SIP samt att ge den enskilde möjlighet att ansöka om insatser enligt SoL/LSS.

Fast vårdkontakt i öppenvården ansvarar för kallelse/inbjudan till SIP-möte.

Biståndshandläggare ansvarar för ansökan om insatser enligt SoL/LSS.

Slutenvårdens personal har ansvar för att den enskilde kan delta i planeringsträffen men kommer inte aktivt att delta i mötet.

Informationspunkt	Ansvarig	Tidsåtgång	Innehåll
Inledning	Fast vårdkontakt	1 min	Hälsa välkomna, presentationsrunda, kort info vad mötet handlar om.
Sammanfattning av planering	Fast vårdkontakt	1 min	Genomgång av vad planeringen i SAMSA resulterat i för insatser i omedelbar anslutning till hemkomsten.
Ansökan om insatser enligt SoL/LSS	Biståndshandläggare	10 min	Diskussion kring insatser som planerats i SAMSA. Möjlighet för den enskilde att göra en ansökan om sådan inte redan är gjord.
Kallelse till SIP	Fast vårdkontakt	10 min	Inhämtande av Samtycke till SIP samt genomgång av kallelse till SIP. OBS! Den enskilde har beslutsmandat i alla punkter av kallelsen.
Övriga frågor	Den enskilde	8 min	Har den enskilde eller anhöriga några övriga frågor rörande den kortsiktiga planeringen eller hemgången?
Avslutning	Fast vårdkontakt	1 min	Sammanfatta när SIP:en genomförs/den långsiktiga planen sätts och förklara mötet som avslutat.

Ord på vägen

- Kom ihåg att detta är en möjlighet att få vara del av ett förändringsarbete.
- Visa varandra respekt och ödmjukhet samt för konstruktiva dialoger i arbetet med den ändrade processen.
- Undvik i största möjliga mån att arbeta fram egna rutiner. Bättre att de befintliga revideras.

”Samverkan är inte ett tillstånd som kan uppnås vid ett givet tillfälle, utan är en levande process som varje dag måste erövras, etableras och ständigt underhållas”

(Samverkansutredningen SOU2000:114)