
DATUM
2023-11-21

Minnesanteckningar Arbetsgrupp SVU

Närvarande: Anna Danielsson, Caroline Rehnström, Emma Herlin, Izabela Lindahl, Leila Huseljic, Lotten Crafoord Larsen, Tina Modin samt Ulrika Strandeus,

Lämnat återbud: Mia Domefalk Alexandra Johnsson, Ann-Charlott Åvall, Marie Bladh
Ej närvarande: Lina Adbro, Aziza Munke

Info gällande deltagande av psykiatri i Arbetsgrupp SVU: Mia Domefalk har inte varit med vid mötena. Förslag om att psykiatri i stället deltar vid behov om frågor riktade till psykiatrin uppkommer.

Återkoppling från föregående möte:

Inga kommentarer kring föregående möte.

Uppföljning för de fyra punkter som togs med från föregående möte.

Status kartläggning:

Generellt positiva ord efter granskningen. Det som kommit fram är att man generellt märker vilka personer och vilka slutenvårdsavdelningar som är vana vid Mina Planer. Ibland kan fördröjning ske kring när kartläggning startas, men fördröjningen är ofta från båda hållen. Feedback till slutenvården: Glömmer ibland *varför* i kartläggningen, t ex varför patienten har svårt att gå eller behöver viss hjälp. Även information kring korttid och att patienten ibland missförstår sitt önskemål, och tror att önskemålen innebär att korttid är beviljat.

Tydliggörande för patienten. Gällande önskemål viktigt att klargöra vad som är patientens önskemål och vad som är anhörigas önskemål. Flera kartläggningar som varit inkompleta. Feedback till kommunerna: Kartläggningen påbörjas i regel snabbt. Dock är den sällan komplett. Efterfrågar en mer fyllig kartläggning. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter ofta bra på att skriva. Ofta fylls det i vilka insatser som är beviljade under bakgrund, men sällan förtydligas det vilka specifika behov patienten har.

Då det i utvärderingen framkommer att man från kommunens sida ibland sett bekymmer med att patienten "lovats" korttid av slutenvården (skrivs t ex i ställningstagandet), ska berörda enheter alternativt kontaktpersoner för SVU i slutenvården (Lotten eller Emma) informeras när och hur ofta detta sker för att förmedla detta vidare till berörda personer.

Det framkommer även att det ibland är bekymmer med att ställningstagandet dröjer efter att utskrivningsklar skickats. Extra kontroll av detta under v 49 och v 50 av kommunerna för att se hur ofta detta händer.

Status gällande rutin för patient som saknar kommunal primärvård:

Klippan har påbörjat en ny rutin. Tanken är att SOL-personal ska få den initiala hjälpen av den kommunala primärvården. Utkast finns men ej godkänt än. Ej initierat att SOL-personal själva ska kontakta primärvården själva än, utan önskar få hemsjukvården initialt.

Bjuv har lyft problematiken tillsammans med MAS. Väntar nu beslut då detta ska upp i ledningsgruppen. Belyser även bekymmer där patienten saknar SIP, då det i dessa fall ej framkommer i vilken grad sjukhusbesök ska undvikas vid avsaknad av SIP.

I denna punkt kommer även tankar kring att ha SIP mellan patient, SOL-personal och vårdcentral. Något som behöver utarbeta en rutin för. Dock oklart vem som initierar SIP om kommunal primärvård saknas. Enligt mötets medverkande representant från primärvården gör detta.

Caroline R från Klippan uppmärksammar att det framkommit att det finns kommun där alla brukare av SOL-insatser tilldelas en kontaktperson i hemvården, som sedan initierar SIP och tar ansvar för att denna görs.

Omsorgskoordinering:

Ärende mellan Ängelholms sjukhus och Ängelholms kommun underföregående vecka, där patienter med pågående SOL-insatser kunnat gå hem med utökade insatser det närmsta dygnet, för att sedan nästkommande vardag kunnat få ökat upp insatser vid behov. I Klippan menar man att detta är fullt görbart dagtid, framför allt med patienter där det redan finns etablerade kontakter. Liksom Ängelholms kommun, så har Klippan även chef i beredskap som skulle kunna sätta in extra tillsyner, även till patienter som inte har insatser sedan tidigare. Råder delade meningar i organisationerna kring om kommunal primärvård kan bevilja SOL-insatser, då det ej alltid patienter med pågående HSL-insatser.

Då det alltid kan vara rimligt att börja i mindre skala, börjar vi med att alla kommuner tittar på möjligheter till om "Trygghetsjouren" eller motsvarande kan få mandat i att sätta in extra tillsyn t ex under kväll/natt på patienter som redan har t ex trygghetslarm eller tillsyn, så att en säker hemgång kan garanteras för dessa patienter när de lämnar akutmottagningen.

Information om korttidsboende:

Återkoppling från föregående möte gällande patientinformation för korttidsboende. Förtydligar att detta är information som ska gå ut till patienter när de *beviljats* korttidsboende, men där det ofta finns frågor som skulle kunna besvaras i en informationsbroschyr. Åstorp har tagit detta vidare till enhetschef för korttid. Klippan har tagit fram information, ligger nu hos kommunikatör för att sedan godkännas.

Fråga kring begreppet "Tjänstemanna-SIP":

Begreppet förekommer i vissa ärende mellan Helsingborgs lasarett och Helsingborgs stad. Detta ska vara i de ärende där patienten inte är med på planeringsmöte, utan möte sker endast med t ex specialistvård, primärvård samt kommunala representanter (t ex biståndshandläggare eller kommunal primärvård). Ej vedertaget uttryck, och ingenting som känns igen i gruppen. Återkopplar detta till berörd kommun.

Förebygga återinläggning:

Visar ett dokument gällande återinläggningar som sammanställts av chefläkare Catharina Borna från Helsingborgs lasarett. Viktigt att fånga upp riskpatienter. Ofta är det på hemmaplan som det brister för de patienter som kommer tillbaka. Då rör det sig ofta om kognitiv svikt, komplexa behov och/eller att patienten tackar nej till insatser. Caroline R från Klippan menar att det ofta är primärvården tillsammans med kommun/biståndshandläggare som behöver göra en plan med dessa patienter och kommunen behöver ha ett aktivt arbete.

Besök på sjukhus inför utskrivning:

Ärende från Helsingborgs lasarett där man upplever att biståndsbedömare från Helsingborgs kommun mer och mer börjat komma till sjukhuset för att besöka patienter. Detta är i grunden mycket bra, då det blir lättare att göra en bedömning. Dock är bekymret att detta ofta görs dagen efter utskrivningsklar, vilket gör att patienten är kvar på sjukhuset två dygn efter utskrivningsklar, vilket inte är hållbart. Återkoppling till kommunerna att besök är väldigt bra, men att de i så fall måste göras under tiden som behandling pågår och inte efter utskrivningsklar har publicerats. Emma J från Åstorp påtalar att det är viktigt att komma vidare i processer, och att det ibland är svårt att få svar på frågor från slutenvården.

Påminner om den förenklade kommunikationsrutin som finns i de fall man ej får kontakt med avdelningen. Rutin bifogas till minnesanteckningarna.

Beslut om korttidsboende för patient på akuten i >24h:

Ärende som varit uppe på akuten i Helsingborg där man nekat patient att återgå till korttidsboende, då man hänvisat till att det gått >24 timmar sedan patienten ankom till sjukhuset. Man påtalade då att platsen inte finns kvar. I beslutet för korttid ska det framkomma hur länge platsen finns kvar, och det är mellan 24 – 48 timmar. Klippan har t ex 48 timmar, men menar att de aldrig har behövt tillämpa detta. Borde normalt inte vara några problem för dessa patienter, då de borde kunna återgå till korttidsplatsen.

Hospitering

En liten påminnelse om att passa på att kontakta varandra för hospitering i varandras verksamheter. Även hospitering mellan kommuner kan vara bra att få nya inblickar i hur man jobbar.

Beslut om fortsatta möten

Tider för kommande möten. Kallelser har skickats:

6/2 13.00-15.30 (Teams)

9/4 9.00-11.30 (På plats i Helsingborg, återkommer med lokal.).

Vid datorn, Emma Herlin