

Samverkan mellan sjukhusen i nordväst och offentlig och privat primärvård



Datum: 2024-04-10
Planerad revision: 2024-06-01

Ansvariga för innehållet:
Catharina Borna, chefläkare Helsingborgs lasarett
Peter Kalén, chefläkare Ängelholms sjukhus
Mahshid Klang, chefläkare primärvård nordväst
Jenny Andersson, AKO-koordinator Nordvästra Skåne
Charlotta Bergling, medicinsk rådgivare, mobilt team närsjukvård nordväst



Innehåll

Samverkan mellan sjukhusen i nordväst och offentlig och privat primärvård	1
Innehåll	2
1 Patienter med stöd av socialtjänst, kommunal och regional primärvård	4
1.1 Primärvårdsläkarbedömning vid akut sjukdom inom särskilda boenden och hemsjukvård	4
1.2 Remittering till akutmottagning	4
1.3 Överförande av vårdansvar från slutenvård.....	4
1.4 Samordnad individuell plan (SIP)	5
1.5 Tjänstemannamöte	5
1.6 Medicinsk vårdplan.....	6
1.7 Patienter i livets slutskede	6
1.8 Öppenvårdsdos/Pascal.....	6
2 Akuta flöden mellan regional primärvård och akutmottagning	6
2.1 Läkare i primärvården	6
2.2 Akut flöde	7
2.3 Subakut flöde	7
2.4 Sjuksköterska i regional primärvård	7
2.5 Efter bedömning på akutmottagningen	7
2.6 Standardiserat vårdförlopp (SVF) initierat från akutmottagningen	8
3 Informationsöverföring vid utskrivning från sjukhus (patienter som inte är inskrivna i Mina Planer).....	8
3.1 Epikris och utskrivningsinformation.....	8
3.2 Beställda undersökningar efter utskrivning från sjukhus.....	8
3.3 Remisser	9
4 Övrigt	9
4.1 Remittering för undersökning i narkos	9
4.2 Patienter med fast vårdkontakt i primärvård och specialistvård.....	9
4.3 Sjukskrivning av patienter.....	9
4.4 Palliativ specialistmottagning och punktinsatser från ASIH.....	10

4.5 Vuxenpsykiatri.....	10
5 Kontaktuppgifter	11

1 Patienter med stöd av socialtjänst, kommunal och regional primärvård

1.1 Primärvårdsläkarbedömning vid akut sjukdom inom särskilda boenden och hemsjukvård

Enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet i Skåne ska de mest sjuka erbjudas inskrivning i särskild teambaserad vårdform. Det innebär att dessa patienter även ska kunna erbjudas icke planerade insatser fram till klockan 18 på vardagar. Vid andra tider kontaktas upphandlade hembesöksbilar.

Patienter i särskilda boenden och patienter med hemsjukvård som insjuknar akut bör som regel erbjudas bedömning av primärvårdsläkare innan beslut tas om remittering till akutmottagningen. Om möjlighet finns ska läkare på aktuell listad enhet utföra hembesök. I andra hand kontaktas Mobilt Team Närsjukvård. Utanför kontorstid (8–18) ska iDoc konsulteras. Kommunens sjuksköterskor kan remittera patienter till sjukhuset efter kontakt med primärvårdsläkare eller driftsansvarig läkare på akutmottagningen.

Driftsansvarig läkare på akutmottagningarna kan kontaktas vid behov.

- Helsingborgs lasarett: Driftsansvarig läkare 042–4063800
- Ångelholms sjukhus: Medicinsk bakjour via växel 0431–81000

Vid behov av konsultation angående palliativa patienters insatser finns möjlighet att kontakta läkare och sjuksköterska på palliativ specialismottagning och ASIH, se nedan.

1.2 Remittering till akutmottagning

Kommenterad [BC1]: Utveckla. AL och MK

När patient med kommunala primärvårdsinsatser behöver akut vård på sjukhus används det digitala akutbladet. Akutbladet används för att dela information mellan kommuner och akutmottagningar.

Om patienten är bedömd av primärvårdsläkare ska även skriftlig remiss medfölja/faxas.

1.3 Överförande av vårdansvar från slutenvård

För samverkan vid utskrivning (SVU) används IT-stödet Mina planer. I ställningstagande inför utskrivning ska den slutna vården, kommunen och primärvården beskriva vilka åtgärder och insatser som ska genomföras och vilken verksamhet som är ansvarig för de olika delarna. Planen ska vara justerad av alla parter innan patienten skrivs ut från den slutna vården.

Om inget annat har överenskommits och dokumenterats i ställningstagandet övergår det medicinska ansvaret till primärvården direkt efter utskrivning.

Det ska tydligt framgå i ställningstagandet om patienter har en fast vårdkontakt eller på annat sätt har en planerad uppföljning inom specialistvården. Det medicinska ansvaret för den specialiserade vården övergår direkt efter utskrivning till berörd specialistmottagning.

Epikris och utskrivningsinformation med läkemedelslista ska överföras via Mina Planer utskrivningsdagen.

Remisser för riktad uppföljning skickas/faxas senast samma dag som patienten skrivs ut och följer [god-klinisk-praxis--remisshantering.pdf \(skane.se\)](#). Remiss för uppföljning av det som redan ingår i primärvårdens ansvar behövs ej (ex remiss för allmän uppföljning av kroniska sjukdomar där primärvården redan har det medicinska ansvaret).

All information från vårdtillfället utom utskrivningsinformation och läkemedelslista kan läsas via NPÖ. Detta gäller även beslut om behandlingsbegränsningar.

Kommenterad [BC2]: JA testar och återkommer om ev förtydligande.

1.4 Samordnad individuell plan (SIP)

En SIP ska göras när patienten behöver samordning av insatser från både kommun och region. Det är den regionfinansierade öppenvårdsmottagning där patienten får huvudparten av sin vård som kallar till en SIP men alla berörda parter kan påtala behovet. Ofta är det primärvården eller öppenvårdspsykiatri som kallar till en SIP.

I samband med mer komplicerade vårdförlopp bör SIP utföras före utskrivning.

Slutenvården ansvarar för att tidigt under slutenvårdstillfället kommunicera behovet av en SIP innan utskrivning via meddelandefunktionen i Mina Planer.

[Rutin för arbete med Samordnad Individuell plan \(SIP\) \(skane.se\)](#)

Se bilaga för goda exempel på SIP.

1.5 Tjänstemannamöte

I samband med mer komplicerade vårdförlopp eller om patienten har nedsatt beslutsförmåga och/eller bristande sjukdomsinsikt kan ett sk tjänstemannamöte vara av värde. Vid ett tjänstemannamöte deltar enbart berörda vårdaktörer. Ett tjänstemannamöte kan med fördel följas av en SIP. Denna kan ske såväl inelliggande som polikliniskt utifrån patientens behov och inställning.

Slutenvården ansvarar för att tidigt under slutenvårdstillfället kommunicera behovet av ett tjänstemannamöte via meddelandefunktionen i Mina Planer.

1.6 Medicinsk vårdplan

Om patienten har en SIP ska den medicinska vårdplanen vara en del i planen (se bilaga för exempel).

Om patienten saknar SIP rekommenderas direktkontakt mellan berörda parter för att tydliggöra ansvarsfördelning och hur detta ska dokumenteras.

1.7 Patienter i livets slutskede

Brytpunktssamtal och beslut om behandlingsbegränsningar dokumenteras under särskilda rubriker i Melior och PMO. I remisser och epikriser kan det framgå att beslut är taget men hänvisning sker till särskild dokumentationsmall. I NPÖ återfinns dessa beslut under rubriken "Samordning". I Mina Planer ska det framgå under "Ställningstagande" under rubriken "Restriktioner" att beslut om behandlingsbegränsningar är fattat med hänvisning till särskild dokumentationsmall i Melior.

Telefonkontakt mellan berörda läkare bör genomföras i god tid före utskrivningen för att förebygga glapp i vårdens övergångar vilket kan medföra negativa konsekvenser för både patient och närstående.

Ett ställningstagande "Ej HLR" bör respekteras till dess att ansvarig läkare på mottagande vårdcentral har omprövat eller bekräftat ställningstagandet.

[Rev Etiska-riktlinjer-for-hjart-lungradning andra upplagan 2021.pdf \(hlr.nu\)](#)

1.8 Öppenvårdsdos/Pascal

Beslut om att en patient ska få sina läkemedel dosdispenserade ska i första hand tas av läkare på den vårdcentral där patienten är listad. Om beslutet tas av någon annan enhet, till exempel inom psykiatri, ska detta ske i dialog med den aktuella vårdcentralen för att klargöra ansvaret för förskrivning av respektive läkemedel.

[Dosriktlinjer Region skåne \(skane.se\)](#)

Kommenterad [BC3]: PV funderar vidare på ev omformulering.

2 Akuta flöden mellan regional primärvård och akutmottagning

2.1 Läkare i primärvården

Vid all remittering krävs skriftlig remiss. All muntlig rapportering sker enligt SBAR.

Kommenterad [BC4]: Länka till ökad samverkan akutsjukvård, regionalt beslut. AL letar upp länk.

2.2 Akut flöde

Vid misstanke om allvarligt och akut sjukdomstillstånd med eller utan påverkade vitalparametrar ska patienten remitteras till akutmottagningen. I de fall transporten sker med ambulans behöver akutmottagningen inte aviseras.

2.3 Subakut flöde

Vid misstanke om allvarligt sjukdomstillstånd men utan påverkade vitalparametrar tas i första hand kontakt med konsultläkare (organspecialist).

Om en patient och aktuell problematik är känd på specialistmottagning ska berörd mottagning kontaktas i första hand.

Inom varje verksamhet på sjukhuset ska det finnas tillräckligt med mottagningstider så att patienten omhändertas på akutmottagningen endast när det är värdeskapande.

Specialistmottagningarna ska efter medicinsk prioritering kunna erbjuda subakuta tider nästkommande vardag för patienter som remitteras från primärvården eller från akutmottagningarna som inte bedöms behöva slutenvård eller bedömning på akutmottagning.

Om konsultläkare inte svarar, ring läkare på lämplig akutmottagning. Om fortfarande inget svar remitteras patienten till lämplig akutmottagning utan föregående telefonkontakt.

2.4 Sjuksköterska i regional primärvård

Patienter triageras i telefon enligt RGS Webb.

Brådskandegrad "omedelbar" kan hänvisas direkt till akuten.

Brådskandegrad "skyndsamt" triageras fysiskt på vårdcentralen. Innan patienten hänvisas/remitteras till akuten ska läkare eller erfaren sjuksköterskekollega konsulteras.

Om en patient och aktuell problematik är känd på specialistmottagning ska berörd mottagning kontaktas i första hand.

2.5 Efter bedömning på akutmottagningen

Vid behov av skyndsamt uppföljning ska akutmottagningens läkare kontakta vårdcentralen på angivet VIP-nummer/telefonnummer för professionen (se Skånekatalogen).

Konsultremiss ska alltid skickas/faxas samma dag om akutmottagningen önskar riktad uppföljning av primärvården.

Behov av uppföljning får ej enbart förmedlas genom patienter eller i journaltext.

[god-klinisk-praxis---remisshantering.pdf \(skane.se\)](#)

2.6 Standardiserat vårdförlopp (SVF) initierat från akutmottagningen

I de fall när man redan på akuten uppnår välgrundad misstanke (vilket kan ske om utredning av akut symtom vid bildiagnostik eller provtagning uppfyller kriterier för välgrundad misstanke utan annan diagnostik) ska remissen ställas direkt till mottagande SVF-mottagning.

Om man endast uppnår graden "misstanke" vid besöket på akuten faxas remiss till primärvården med SVF i frågeställningen.

3 Informationsöverföring vid utskrivning från sjukhus (patienter som inte är inskrivna i Mina Planer)

3.1 Epikris och utskrivningsinformation

Epikris, utskrivningsinformation och eventuell remiss ska skickas/faxas till respektive vårdcentral samma dag som patienten skrivs ut.

3.2 Beställda undersökningar efter utskrivning från sjukhus

Det är alltid beställande läkare som ansvarar för uppföljningen av beställda undersökningar och laboratorieprover om inget annat överenskommit.

Ansvarig läkare på sjukhuset, som initierat provtagning inom fyra veckor från utskrivningsdatum ansvarar för dessa provsvar och ställningstagande till eventuell uppföljning. Uppföljning som bedöms behövas mer fyra veckor efter utskrivning remitteras ut till primärvården med en tydlig frågeställning.

Återbesök i primärvården inom fyra veckor behöver med anledning av postgången föregås av kontakt via vårdcentralens VIP-nummer/telefonnummer för professionen. Lämna inte ut specifik uppföljningstid förrän den är bekräftad. Uppföljning avser inte besök hos distriktssköterska där patienten själv bokar sin tid, exempelvis suturtagning.

Akutmottagningarna ska endast i undantagsfall beställa polikliniska undersökningar. Om så görs gäller samma rutiner som ovan.

Kommenterad [BC5]: Akutläkare ansvarar själva för att ta hand om remissvaret. Behövs förtydligande?
AL

3.3 Remisser

Oavsett om remittering sker från primärvård eller sjukhus ska all remittering följa ”[god-klinisk-praxis---remisshantering.pdf \(skane.se\)](#)”

OBS! Vid behov av tolk ska detta framgå av remissen och på vilket språk.

En aktuell läkemedelslista ska alltid medfölja remissen. För dospatienter hänvisas till Pascal i första hand.

4 Övrigt

4.1 Remittering för undersökning i narkos

I remissen ska det tydligt framgå varför patienten behöver sövas i samband med undersökning samt kontaktuppgifter till remittenten.

I anslutning till undersökningen har sjukhuset det medicinska ansvaret.

4.2 Patienter med fast vårdkontakt i primärvård och specialistvård

För patienter som har fasta vårdkontakter både i primärvården och i specialistvården ställs stora krav på en god kommunikation. Utifrån behovet kan informationsutbyte ske via kopia på epikris, journalanteckning eller via telefonkontakt. Informationsutbytet kan exempelvis gälla läkemedelsjusteringar eller annan medicinsk planering.

Det är också angeläget att såväl primärvården som den specialiserade vården medverkar vid SIP.

4.3 Sjukskrivning av patienter

Region Skånes Tillämpningsanvisningar för sjukskrivning gäller.

[Tillämpningsanvisningar sjukskrivningsansvar \(skane.se\)](#)

Här slås fast att vid behov av läkarintyg och utlåtanden är det den vårdenhet som handlägger det hälsoproblem som medför begränsning av arbetsförmågan som ansvarar för sjukskrivning.

Kommenterad [BC6]: Uppmuntra till att ha en samlad läkemedelslista i telefonen.

Kommenterad [BC7]: Går det att förbättra samordningen? Nämna något om NLL? Alla funderar.

Kommenterad [BC8]: Ev förtydliga. MK/CC

4.4 Mobilt Team Närsjukvård

Mobilt Team Närsjukvård infördes i nordvästra Skåne 24-06-03. Teamen bemannas av läkare, sjuksköterskor och kurator. Teamen gör akuta hembesök till patienter som inte kan ta sig till sin vårdcentral. Det finns inga krav på att patienten ska ha kommunal hemsjukvård sedan tidigare. Teamen arbetar 8–17 på vardagar och kan under denna tid kontaktas av andra vårdgivare för både konsultation och hembesök.

Teamens sjuksköterskor kan även utföra punktinsatser (ex blodtransfusion, antibiotika, dropp) på remiss från läkare i primärvård/sjukhus. I dessa fall krävs skriftlig remiss. Remittenten har det övergripande medicinska ansvaret.

Även ASiH gör liknande punktinsatser, vid behov fördelas remisserna internt mellan ASiH och MTN efter resurser.

- Mobilt Team Närsjukvård Helsingborg: 042-406 01 11 (täcker Helsingborgs och Bjuvs kommun)
- Mobilt Team Närsjukvård Ängelholm: 0431-58 70 02 (täcker Ängelholms, Höganäs, Båstads, Örkelljungas, Klippans och Åstorps kommun)

4.5 Specialiserad palliativ vård och punktinsatser från ASiH

ASiH vårdar patienter med palliativa vårdbehov och svårbehandlade symtom i ordinärt eller särskilt boende. Vården bedrivs dygnet runt. Det finns även en palliativvårdsavdelning.

De patienter som inte är i behov av teamets resurser dygnet runt kan kopplas till Palliativ mottagning.

Specialiserad palliativ vård har konsultläkare och konsultsjuksköterska som är tillgängliga i Ängelholm och Helsingborg dygnet runt.

- Konsultläkare Helsingborg 8–16: 0725–366 366
- Konsultsjuksköterska Helsingborg: 0724 - 67 46 04 (dygnet runt)
- Konsultläkare Ängelholm 8–16: 0725 - 12 13 83
- Konsultsjuksköterska Ängelholm: 0725 – 95 07 88 (dygnet runt)

För läkarkonsult övrig tid hänvisas till jourlinje som nås via växeln eller JourLisa.

ASiH kan även utföra punktinsatser (ex blodtransfusion, antibiotika, dropp, cytostatika) på remiss från läkare i primärvård/sjukhus. I dessa fall krävs skriftlig remiss. Remittenten har det övergripande medicinska ansvaret.

Även Mobilt team Närsjukvård gör liknande punktinsatser, vid behov fördelas remisserna internt mellan ASiH och MTN efter resurser.

4.6 Vuxenpsykiatri

Vid behov av rådgivning kontaktas Allmänpsykiatriska mottagningar.

- Ängelholm måndag-fredag 9-11.30
- Helsingborg måndag och onsdag 9–11 samt tisdag och torsdag 10.30-12
- Landskrona måndag-fredag 9–11
- Bedömningsmottagningen Helsingborg måndag-fredag 13–16

5 Kontaktuppgifter

Se bilaga.

Kommenterad [BC9]: AL. Obs privata vårdgivare.