

Samverkan mellan sjukhusen i nordväst och offentlig och privat primärvård

Agera
för säker vård



Datum: 2024-04-10
Reviderad: 2024-11-04

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 Akutbedömning av vårdnivå - läkarstöd vid akut sjukdom inom särskilda boenden och hemsjukvård	4
1.2 Remittering till akutmottagning	4
1.3 Överförande av vårdansvar från slutenvård.....	5
1.4 Samordnad individuell plan (SIP)	5
1.5 Tjänstemannamöte	6
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	7
2.1 Läkare i primärvården	7
2.2 Akut flöde	7
2.3 Subakut flöde	7
2.4 Sjuksköterska i regional primärvård	8
2.5 Efter bedömning på akutmottagningen	8
2.6 Standardiserat vårdförlopp (SVF) initierat från akutmottagningen	9
3 Informationsöverföring vid utskrivning från sjukhus (patienter som inte är inskrivna i Mina Planer).....	9
3.1 Epikris och utskrivningsinformation	9
3.2 Beställda undersökningar efter utskrivning från sjukhus	9
3.3 Remisser	10
4 Övrigt	10
4.1 Remittering för undersökning i narkos	10
4.2 Patienter med fast vårdkontakt i primärvård och specialistvård.....	10
4.3 Sjukskrivning av patienter.....	10
4.4 Mobilt Team Närsjukvård.....	10

4.5 Specialiserad palliativ vård och punktinsatser från ASIH	11
4.6 Vuxenpsykiatri.....	12
5 Kontaktuppgifter	12

1 Patienter med stöd av socialtjänst, kommunal och regional primärvård

1.1 Akutbedömning av vårdnivå - läkarstöd vid akut sjukdom inom särskilda boenden och hemsjukvård

[Bilaga: Rutin akutbedömning och rapport inom kommunal primärvård](#)

Beslutsstödet är ett verktyg som används av sjuksköterska inom kommunal primärvård när den enskilde vårdtagarens hälsotillstånd försämrats. Syftet är att bedömningen ska bli strukturerad, patienten ska få vård på optimal vårdnivå och informationsöverföringen till nästa vårdgivare säkras. [Beslutsstöd utskrift](#)

Patienter i särskilda boenden och patienter med hemsjukvård som insjuknar akut ska vid behov bedömas av primärvårdsläkare innan beslut om hänvisning till akutmottagning. Ordinarie VC ansvarar för nåbarhet per telefon och bör ombesörja hembesök där detta bedöms nödvändigt. I andra hand kontaktas Mobilt team Närsjukvård (se 4.4). Utanför kontorstid används regionala akutteamet för telefonkonsultation eller hembesök [Region Skånes Läkarbil - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#).

Vid behov av konsultation angående palliativa patienters insatser finns möjlighet att kontakta läkare och sjuksköterska på palliativ specialistmottagning och ASIH, se nedan. Där en vårdtagare har en akut problemställning relaterat till vård som den har på specialistmottagning ska direktkontakt kunna göras (se lathund).

Enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet i Skåne ska de mest sjuka erbjudas inskrivning i särskild teambaserad vårdform.

1.2 Remittering till akutmottagning

När vårdtagare enligt ovan behöver akut vård på sjukhus används det digitala Akutbladet. Akutbladet omfattar nödvändig bakgrundsinformation samt uppgifter om det akuta tillståndet – struktur i enlighet med beslutsstödet (se 1.1).

Akutbladet är ett viktigt kommunikationsverktyg och ska vara aktiverat inför patientens ankomst till akutmottagningen. Om patienten är bedömd av primärvårdsläkare ska även skriftlig remiss medfölja/faxas.

Handläggande team på akutmottagning ska besvara och uppdatera akutbladet för att ge snar återkoppling till ansvarig kommunsköterska. Där behov finns rekommenderas en gemensam avstämning per telefon.

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 som kan sökas som fritextsökning "livsuppehållande behandling".

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 öppenvårdspsykiatrin 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 \(SIP\) \(skane.se\)](#)

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 inneliggande 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 denna.

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

1.7 Patienter i livets slutskede

För att förebygga glapp i vårdens övergångar bör telefonkontakt mellan berörda läkare genomföras i god tid före utskrivningen.

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.

Beslut om behandlingsbegränsningar ska också bifogas i Mina Planer tillsammans med epikris och utskrivningsinformation.

Ett ställningstagande "Ej HLR" bör respekteras till dess att ansvarig läkare på mottagande vårdenhet har omprövat eller bekräftat ställningstagandet enligt [Rev_Etiska-riktlinjer-for-hjart-lungradning_andra_upplagan_2021.pdf](#) (hjr.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 annan enhet ska detta ske i dialog med patientansvarig läkare på vårdcentral för att klargöra ansvaret för förskrivning av respektive läkemedel.

För de patienter som endast har medicinering från specialistklinik ansvarar specialistkliniken för uppstart och ordination av läkemedel.

Sjuksköterska på vårdboende eller i hemsjukvård kan förbereda och lägga upp för dosdispensering. Om patienten inte har hemsjukvård kan vårdcentralens sjuksköterska bistå med att förbereda patienten i Pascal.

Varje ordinerande läkare ansvarar för justeringar av doser och förlängning av recept om inte behandlingsansvaret tagits över av annan läkare.

[Dosriktlinjer Region skåne \(skane.se\)](https://www.skane.se/regionen/om-regionen/dosriktlinjer)

2 Akuta flöden mellan regional primärvård och akutmottagning

2.1 Läkare i primärvården

Vid all remittering krävs skriftlig remiss. Vägledning avseende remissindikationer finns: [AKO Skåne-riktlinjer för primärvården](#) under titel "Vårdnivå och samverkan".

Ökad telefonkonsultation leder till bättre planering och resursutnyttjande och kortare väntetider för aktuell patient men också indirekt för andra patienter som är inskrivna inom akutsjukvården.

2.2 Akut flöde

Vid misstanke om allvarligt och akut sjukdomstillstånd med eller utan påverkade vitalparametrar ska patienten remitteras till akutmottagningen. Även vid ett "uppenbart" tillstånd är kontakt med akutmottagningens ledningsläkare av godo då förberedelser kan göras. I de fall transporten sker med ambulans behöver akutmottagningen inte aviseras, då detta görs via ambulanspersonal.

2.3 Subakut flöde

Inom varje verksamhet på sjukhuset ska det finnas subakut mottagningstid tillgänglig nästkommande vardag för patienter som remitteras från primärvården eller från akutmottagningarna och som inte bedöms behöva slutenvård eller bedömning på akutmottagning samt för redan kända patienter som vid försämring behöver ett subakut omhändertagande.

Om en patient och aktuell problematik är känd och under aktiv uppföljning på specialistmottagning kontaktas berörd konsult i första hand.

I övriga fall eller vid utebliven kontakt ska akutmottagningens Ledningsläkare (042–4063800) eller Specialisthandledare (042–4063880) uppringas. Ifall tillgänglighet till konsultfunktioner brister remitteras patient utan föregående telefonkontakt. Detta ska isåfall anges i remissen.

Vid misstanke om allvarligt sjukdomstillstånd men utan påverkade vitalparametrar görs en avstämning per telefon för att kunna lägga en adekvat subakut planering för patienten mot bakgrund av dess medicinska prioritering.

Bokning av subakut mottagningstid sker via respektive verksamhets specialistkonsult eller jour. Konsulten bedömer och bokar patienten via subakut mottagning eller dagvård inom den egna specialiteten och patienten ska, när hen lämnar akutmottagningen eller primärvården, ha fått besked om den inbokade tiden.

Redan kända patienter i behov av subakut omhändertagande skall ha vetskap om kontaktväg in till sin specialitet.

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

Patienter som vid primärtriagering inte bedöms behöva akutmottagningens vård men som är i behov av snar ny bedömning på sin ordinarie VC ska avisera sitt ärende via särskilt snabbspår – QR kod till 1177. Vårdcentral bevakar inkommande ärenden och erbjuder patienten en ny medicinsk bedömning. [Beskrivning av flöde vid hänvisning från akutsjukvård till primärvård 1177 etjänster.pdf](#)

För läkarbedömda patienter och 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.

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 bilddiagnostik 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.

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.

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.