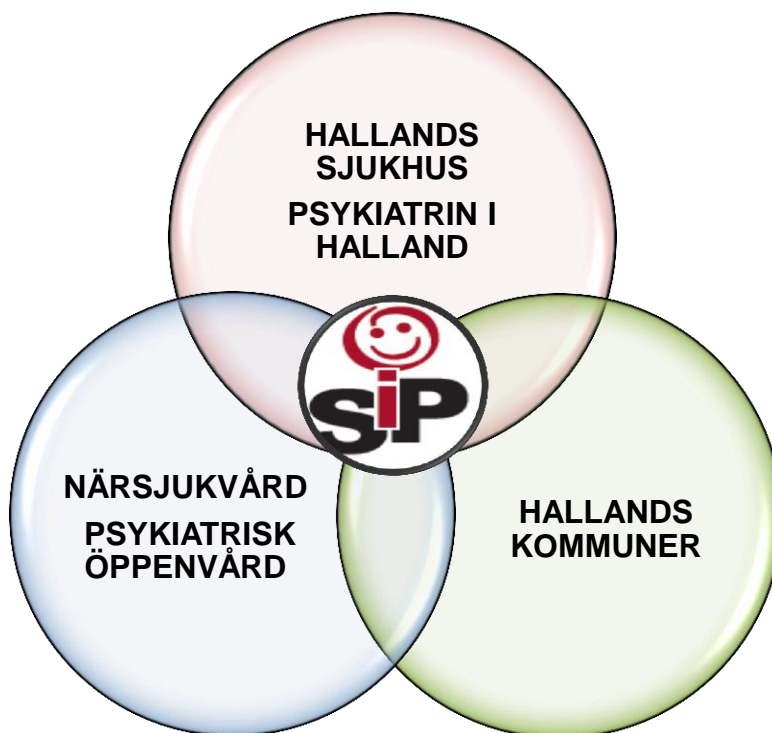


Riktlinje för trygg och effektiv utskrivning från slutenvård och vård- och omsorgsplanering i öppenvård



Gäller fr.o.m. 2018-01-01
Fastställd 2017-10 - 06
av Strategisk grupp
Halland



Innehållsförteckning

1. Inledning	3
2. Syfte	3
3. Avvikelser	3
4. Driftstopp	3
5. Samordnad planering vid in- och utskrivning från slutenvård	4
5.1 Samordnad planering	4
5.2 Upprättande, uppdatering och uppföljning av samordnad individuell plan	5
5.3 Generella meddelanden	6
5.4 Planeringsunderlag	6
5.5 Läkemedel, hälso- och sjukvårdsmaterial och nutrition	6
5.6 Överrapportering läkare till läkare	6
5.7 Hjälpmedel	6
5.8 Ansvar för folkbokförda	6
6. Flödesschema för samordnad planering vid in- och utskrivning från slutenvård	7
6.1 Förtydligande till flödesschema för samordnad planering vid in- och utskrivning från slutenvård	8
7. Planering i öppenvården	12
7.1 In- och utskrivning i hemsjukvården	12
7.2 Flödesschema planering vid in- och utskrivning i hemsjukvård	13
7.3 Enstaka hembesök	14
7.4 Flödesschema för enstaka hembesök	14
7.5 Meddelande från akutmottagningarna	14
7.6 Patientinformation vid planerade operationer/behandlinger	14
8. Definitioner och begrepp	15
9. Referenslista	18



1. Inledning

Riktlinjen utgår från gällande lagar och regelverk och gäller för Hallands sjukhus, Psykiatri i Halland, närsjukvården i Halland (Vårdval Halland), Hallands kommuner (inklusive privata utförare) och privata vårdgivare med slutenvårdsverksamhet i Region Halland. Riktlinjen ska användas vid utskrivning från slutenvården och i vård- och omsorgsplanering i öppenvården. Den ersätter tidigare riktlinje och rutiner kopplade till samordnad vårdplanering och IT-stödet Meddix, samt *Riktlinjer för vårdplanering Hemsjukvård i öppenvård och enstaka hembesök*.

Målgruppen är personer, oavsett ålder och boendeform, som efter utskrivning från den slutna hälso- och sjukvården behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller närsjukvården/psykiatrisk öppenvård. Målgruppen är också personer med behov av en samordnad planering i öppenvård. Särskilt beaktande ska göras av barnperspektivet utifrån FN:s barnkonvention.

Målet är att skapa en för patienten/brukaren trygg, effektiv och jämlik vård och omsorg. Ledtiderna mellan berörda aktörer ska hållas så korta som möjligt och vara resurseffektiva. Medicinskt omotiverad vistelse i slutenvård ska så långt som möjligt undvikas.

Behovet av samordnade vård- och omsorgsinsatser ska tydliggöras, efter samtycke av patienten, i en samordnad individuell plan (SIP). Planen ska följa patienten i vård- och omsorgskontakterna för att säkra rätt vård och omsorg. En samordnad planering ska kunna genomföras vardagar, dagtid.

Fastställda IT-system, som Lifecare SIP och bedömningsstöd som VISAM (i kommunerna), ska användas.

2. Syfte

Syftet med den regionala riktlinjen är att säkerställa att samordning av insatser, för dem som har behov av det, sker tryggt, säkert, effektivt och jämlikt.

3. Avvikelser

Om riktlinjen inte följs är varje yrkeskategori, som är delaktig eller berörd i planeringen, skyldig att rapportera avvikelsen. Avvikelser följer respektive vårdgivares riktlinjer och rutiner för avvikelshantering. Återkommande avvikelser som berör samverkan mellan flera parter ska rapporteras till och handläggas i regionala samverkansstrukturen för hemsjukvårdsöverenskommelsen. Representanterna i gruppen ansvarar för att anmäla aktuella frågeställningar till gruppens ordförande.

4. Driftstopp

Vid driftstopp mer än 48 timmar i Lifecare SIP gäller särskild rutin, som finns beskriven på extranäsidan [Trygg och effektiv utskrivning](#)



5. Samordnad planering vid in- och utskrivning från slutenvård

Planering för att säkra utskrivning från slutenvården ska starta tidigt under vårdtiden, i en dialog mellan berörda parter. Patienten och närstående/anhörig ska ges förutsättningar till ett aktivt deltagande. Målsättningen är att planera för en trygg och effektiv utskrivning, som ska kunna ske senast dagen efter att patienten är utskrivningsklar och hemgångsklar.

I Halland ska en samordnad individuell plan upprättas, efter samtycke, när patienten har behov av samordnade insatser från både regionen och kommunen. Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, samt vem som ska ansvara för vad. Samordnad individuell plan är patientens plan och ersätter den vårdplan som tidigare använts i samband med utskrivning från slutenvård. Samtycker inte patienten till upprättande av denna plan ska varje enhet planera för de insatser som enheten ansvarar för, vilka dokumenteras i respektive enhets dokumentationssystem.

En samordnad planering med stöd av samordnad individuell plan ska kunna genomföras vardagar, dagtid. Utskrivning av patienter från slutenvården ska kunna ske alla veckans dagar för patienter som haft en samordnad planering för aktuellt vårdtillfälle. Den samordnade planeringen kan genomföras efter överenskommelse via länk, telefon eller som ett fysiskt möte i slutenvården och/eller i patientens hem efter utskrivning från slutenvården. Den samordnade planeringen kan påbörjas i slutenvården och slutföras efter utskrivning från slutenvården. Överenskommelsen om var den samordnade planeringen ska ske görs i dialog med patienten och övriga berörda parter i varje individuell situation. Informationsöverföringen vid in- och utskrivning från slutenvård sker med stöd av IT-systemet Lifecare SIP.

5.1 Samordnad planering

Huvudregeln är att närsjukvården sammankallar till samordnad planering när Region Halland och kommunerna i Halland är involverade i planeringen inför utskrivning från slutenvård. För patienter inom psykiatrisk slutenvård med behov av uppföljning i psykiatrisk öppenvård, ansvarar psykiatrisk öppenvård för kallelse till samordnad planering.

Slutenvården skickar, efter samtycke från patient/närstående, ett generellt meddelande till närsjukvården/psykiatrisk öppenvård och kommunen med information om att samordnad planering behöver göras, alternativt meddelar kommunen om behov av insatser från socialtjänsten.

Hur planeringen och kommunikationen ska genomföras inför utskrivning från slutenvården utgår från patientens behov av insatser. Nedan beskrivs kortfattat tre alternativa flöden utifrån patientens fortsatta behov av insatser.



Patienter med nytillkomna behov av insatser efter utskrivning

Närsjukvården/psykiatrisk öppenvård ansvarar för att sammankalla till samordnad planering, efter samråd med patienten, för patienter som bedöms ha nytillkomna behov av insatser efter utskrivning från slutenvård.

Patienter utan nytillkomna behov och som sedan tidigare har insatser från kommunen

Planeringen, för patienter utan nytillkomna behov av insatser efter utskrivning från slutenvården, sker efter samråd med patienten, i dialog med legitimerad personal och/eller socialtjänst i kommunen. Det gäller för patienter som sedan tidigare har insatser från kommunen (är inskrivna i hemsjukvården eller har socialtjänstinsatser eller är boende i särskilt boende inklusive bostad med särskild service).

Patienter med enbart behov av insatser från socialtjänsten

Närsjukvården/psykiatriska öppenvården har ingen skyldighet att kalla till samordnad planering för patienter som **enbart** bedöms ha behov av **insatser från socialtjänsten** efter utskrivning från slutenvården. Planeringen initieras, efter avstämning med patient/närstående, av slutenvården via ett generellt meddelande till kommunen. Kommunen ansvarar för denna planering i samråd med patienten och dennes närstående.

Om patienten enbart har behov av socialtjänstinsatser som larm, matdistribution, städning eller liknande och **kan komma hem utan omedelbar insats**, ska patienten och/eller närstående informeras om möjligheten att ansöka om socialtjänst.

För patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård ska planeringen i stället genomföras enligt bestämmelserna om en samordnad vårdplan i 7 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård och 12 a § lagen om rättspsykiatrisk vård.

5.2 Upprättande, uppdatering och uppföljning av samordnad individuell plan

Den aktör som sammankallat till samordnad planering med stöd av samordnad individuell plan blir mötesledare, om ingen annan överenskommelse görs. För varje upprättad samordnad individuell plan ska det finnas en utsedd namngiven samordnare med ansvar för uppföljningen av den samordnade individuella planen, om inget annat anges.

Finns en samordnad individuell plan upprättad sker uppdatering av den i samband med ny samordnad planering. Respektive aktör kan uppdatera sin del av den samordnade individuella planen, vid förändrade insatser, som inte kräver att samtliga berörda parter sammankallas. Den samordnade individuella planen finns i informationsöverföringssystemet Lifecare SIP. Respektive part har ansvar för att dokumentera i sitt journalsystem att en samordnad individuell plan är upprättad och att denna uppgift är sökbar.



5.3 Generella meddelanden

Generella meddelanden kan skickas för de patienter som är inskrivna i Lifecare SIP. *Generella meddelanden* innehåller information som inte framgår i andra underlag och sänds mellan de parter som har behörighet att ta del av aktuell patients dokumentation.

5.4 Patientinformation i Lifecare

Patientinformation i Lifecare kan användas för att tydliggöra planeringen mellan berörda parter vid utskrivning från slutenvård, som inte framgår i en SIP eller om SIP inte är aktuellt att skrivas.

5.5 Läkemedel, hälso- och sjukvårdsmaterial och nutrition

När patienten skrivs ut är det slutenvårdens ansvar att ordinerade läkemedel, specifikt hälso- och sjukvårdsmaterial och särskilt nutritionsbehov som sondnäring och näringsdrycker finns tillgängliga vid hemkomsten, för tre dagar fram i tiden eller tills dosförpackade läkemedel kan levereras. Hänsyn ska tas till helgdagar som kan innebära behov för mer än tre dagar. Utskrivande läkare ansvarar för att skriva recept, aktualisera dosförpackade läkemedel och göra ordinationsändringar även i aktuell ordinationslista. Aktuell läkemedelslista ska lämnas till patienten vid utskrivning och finnas tillgänglig för mottagande vårdaktör i journalsystemet VAS och hos patient.

5.6 Överrapportering läkare till läkare

Läkaren i slutenvård förvissas sig om att det medicinska ansvaret kan tas över av den vårdenhet där patienten är listad och/eller annan läkare inom regionens öppna hälso- och sjukvård. Överrapportering ska ske till fast läkarkontakt inom närsjukvården, om den är utsedd. Överrapportering sker via remiss och vid behov även via telefon. Uppgiften kan inte delegeras.

5.7 Hjälpmedel

Förskrivaren ansvarar för en korrekt förskrivning i Websesam. Hjälpmedelscentrum, HMC, ansvarar för att leverera utifrån Hjälpmedelsnämndens fastställda ledder. Varbergs kommun, Falkenbergs kommun och Laholms kommun har egen hjälpmedelsverksamhet som komplement till Hjälpmedelscentrum.

Förskrivning utanför standardsortiment kan medföra längre handläggningstid. Förskrivningar ur buffertförråd ska administreras direkt av förskrivare och lagret ska fyllas på av HMC utan fördröjning.

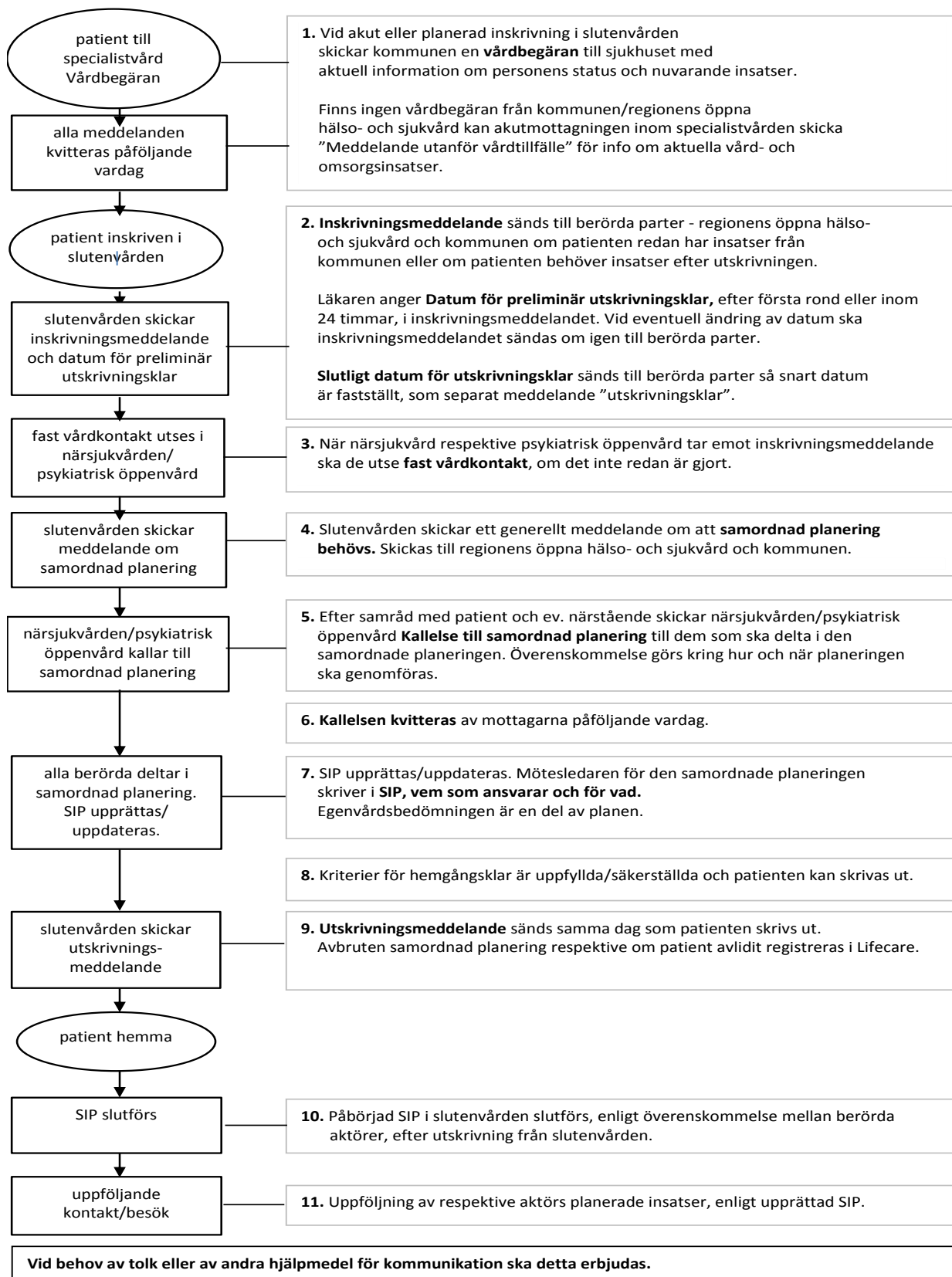
Tidig hjälpmedelsförskrivning och förtroendeförskrivning ska användas för en effektiv hjälpmedelsprocess.

5.8 Ansvar för folkbokförda

För personer folkbokförda i annat län, som får vård i slutenvård i Region Halland, ska respektive kommun där patienten är folkbokförd kallas till vårdplanering. Ansvar för insatser ligger på respektive län/region och kommun där personen är folkbokförd.

Respektive part i planeringen dokumenterar resultatet av planeringen i sitt dokumentationssystem, om Lifecare SIP inte kan användas.

6. Flödesschema för samordnad planering vid in- och utskrivning från slutenvård



Patienten informeras och ges förutsättningar för delaktighet i hela processen



6.1 Förtydligande till flödesschema för samordnad planering vid in- och utskrivning från slutenvård

Samtliga meddelanden i processen ska kvitteras senast påföljande vardag.

1. In till slutenvården

Vid akut eller planerad inskrivning i slutenvården sänds *Vårdbegäran* till mottagande vårdgivare (sjukhus) av kommunen så snart som möjligt. Har patienten åkt till sjukhus på eget initiativ ska *Vårdbegäran* skickas via Lifecare SIP i efterhand.

Meddelandet används för att informera slutenvården om patientens allmänna funktionsförmåga och nuvarande behov av insatser.

Finns ingen *Vårdbegäran* från kommunen kan akutmottagningen inom specialistvården skicka Meddelande utanför vårdtillfälle för information om aktuella vård- och omsorgsinsatser, angående patienter som inte blir inskrivna i slutenvården.

2. Inskrivningsmeddelande från slutenvården och bedömning av vårdtid

Slutenvården sänder alltid *Inskrivningsmeddelande* till både mottagande kommun och närsjukvården/psykiatrisk öppenvård. Syftet med *Inskrivningsmeddelandet* är dels att informera att patienten är inskriven på sjukhus, men även att tidigt signalera att en gemensam samordnad planering kan bli aktuell.

När en patient skrivs in i regionens slutenvård, eller så snart som möjligt därefter, ska en bedömning göras om patientens behov av insatser efter utskrivning. Har patienten eller bedöms behöva hälso- och sjukvårdsinsatser och insatser från socialtjänsten efter utskrivning, ska ett *Inskrivningsmeddelande* skickas till berörda enheter i kommunen och närsjukvården/psykiatrisk öppenvård.

Utskrivningsklar

Uppgift om preliminärt datum för när patienten beräknas vara utskrivningsklar (registreras som *utskrivningsdatum* i Lifecare) skickas i ett *Inskrivningsmeddelande*, inom 24 timmar från inskrivning i slutenvården eller efter första medicinska rond i slutenvården. Meddelandet skickas till närsjukvården/psykiatrisk öppenvård och kommunen. Preliminärt datum blir vägledande för planeringen.

Datum för preliminärt utskrivningsklar kan behöva uppdateras under vårdtiden beroende på förändring i patientens medicinska hälsotillstånd. Berörda parter ska så snart som möjligt få information från den slutna vården om ny beräknad tidpunkt för utskrivningsklar.

Slutligt datum för utskrivningsklar ska skickas av slutenvården till berörda parter så snart datum är fastställt.



3. Fast vårdkontakt utses i närsjukvården/psykiatrisk öppenvård

Fast vårdkontakt ska utses inom närsjukvården för patienter som har behov av samordnad planering med stöd av samordnad individuell plan, i samband med att *Inskrivningsmeddelandet* tas emot. Detta förutsätter inte samtycke från patienten. För patienter i psykiatrisk slutenvård utses fast vårdkontakt även inom psykiatrisk öppenvård.

Om patienten redan har en fast vårdkontakt, får denne fortsätta att vara patientens fasta vårdkontakt.

Fast läkarkontakt

För patienter som är, eller planeras att bli, inskrivna i hemsjukvården ska en fast läkarkontakt finnas eller utses inför utskrivning från slutenvården.

4. Meddelande om samordnad planering till närsjukvården/psykiatrisk öppenvård

Ett *Generellt meddelande* skickas till närsjukvården/psykiatrisk öppenvård om att samordnad planering behövs, så snart läkare i slutenvården bedömt att patienten har nytillkomna behov av insatser efter utskrivning. Behovet av insatser kan vara från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller närsjukvården/psykiatrisk öppenvård. För psykiatri ska vårdform anges.

Om patienten efter utskrivningen bedöms behöva insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna.

Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den landstingsfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen.

För att en samordnad planering ska kunna genomföras krävs samtycke från patienten. Samtycke till informationsöverföring ska inhämtas av den som startar ett vårdflöde i Lifecare, antingen kommun eller slutenvård. Samtycket gäller för informationsöverföring mellan berörda vårdgivare för det aktuella vårdtillfället.

Lämnar inte patienten sitt samtycke, ansvarar respektive part för att dokumentera planerade insatser inom sitt ansvarsområde och för att de handläggs/utförs enligt överenskommelse med patienten och/eller närstående.

5a. Kallelse till samordnad planering

Närsjukvården/psykiatrisk öppenvård skickar *Kallelse till samordnad planering* till kommunen och vid behov till slutenvården. Närsjukvården/psykiatrisk öppenvård samordnar och planerar hur, var och med vilka den samordnade planeringen ska genomföras. Närsjukvården/psykiatrisk öppenvård ansvarar för att informera och kalla patient/vårdnadshavare och närstående till samordnad planering.



5b. Bokning av samordnad planering

Närsjukvården/psykiatrisk öppenvård bokar tid för samordnad planering i samråd med patienten och/eller närstående och kommunen samt, vid behov, slutenvården. Överenskommelse görs kring hur planeringen ska genomföras, via telefon, via länk eller fysiskt möte.

OBS! Datum, tid och plats fylls i av närsjukvården/psykiatrisk öppenvård i Lifecare SIP.

6a. Kallelsen kvitteras av kallade parter i Lifecare SIP påföljande vardag.

Mottagare av kallelsen ska återkoppla senast första vardagen efter att kallelsen mottagits, under förutsättning att kallelsen sänds senast klockan 14 dagen före.

6b. Återtag av utskrivningsklar

Återtag av utskrivningsklar ska sändas av slutenvården, om patientens förutsättningar för utskrivning förändras, med uppgift om datum och orsak. Inplanerad tid för samordnad planering återtas.

Även kallelsen till samordnad planering återtas.

7a. Samordnad planering genomförs

Samordnad planering genomförs enligt överenskommelse.

7b. Samordnad individuell plan upprättas/uppdateras

En samordnad individuell plan (SIP) beskriver planerad och beslutad vård och omsorg för berörd patient. Samordnad individuell plan ska upprättas för patienter som bedöms behöva insatser från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården och insatser från kommunens socialtjänst efter utskrivning från slutenvården.

8. Patienten hemgångsklar

Slutenvården ansvarar för att nedanstående kriterier för hemgångsklar är uppfyllda/säkerställda i samråd med patient och mottagande parter.

- inskrivningsmeddelande är skickat från slutenvården till närsjukvården/psykiatrisk öppenvård och kommunen
- behandlande läkare har bedömt och angett datum för när patienten är utskrivningsklar
- hjälpmedel för att klara toalettbesök och förflyttning inomhus ska vara tillgängliga för patienten, liksom aktuell läkemedelslista samt eventuell medicinteknisk utrustning
- ordinerade läkemedel, specifikt hälso- och sjukvårdsmaterial och särskilt nutritionsbehov som sondnäring och näringsdrycker ska vara säkrat för tre dygn efter utskrivning (anpassning av antal dygn i anslutning till helg)
- nödvändig information och kompetens för patientens bedömda behov av fortsatt hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser ska vara överförd till de enheter som mottagit ett inskrivningsmeddelande



Information om vårdtillfället via NPÖ, nationell patientöversikt

Sammanhållen journalföring gör det möjligt för olika vårdgivare, till exempel slutenvård eller kommun, att tillgängliggöra sina journaluppgifter för varandra. För att berörd legitimerad personal i kommunen ska kunna ta del av och läsa om ett vårdtillfälle via Nationell patientöversikt (NPÖ) behövs patientens samtycke. Slutenvården efterfrågar samtycke till informationsöverföring och NPÖ omfattande samtliga vårdgivare för det aktuella vårdtillfället, vilket dokumenteras i Lifecare SIP.

Kommunen frågar om samtycke till NPÖ på vårdplaneringsmötet och gäller för tiden i hemmet, tidsbegränsat och dokumenteras i kommunens journal.

Information till patient

Patienter som har fortsatt behov av insatser efter utskrivning från slutenvården, ska få en sammanfattning av den vård och behandling som getts under vårdtiden.

Patienten ska även få uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt, tidpunkt för när samordnad individuell planering avses genomföras/följas upp och uppgifter om befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen.

9a. Utskrivningsmeddelande

Utskrivningsmeddelandet sänds samma dag som patienten skrivs ut. I samband med att patienten skrivs ut ska medicinskt och omvårdnadsmässigt adekvat dokumentation vara tillgänglig i NPÖ.

Slutenvården sänder alltid *Utskrivningsmeddelande* till både kommunen och regionens öppna hälso- och sjukvård.

Samordnad individuell plan till patient vid utskrivning

Har en samordnad individuell plan upprättats under vårdtiden ska patienten, om hon/han så önskar, få ett utskrivet exemplar av sin SIP i samband med utskrivningen. Slutenvården ansvarar.

9b. Avbruten vårdplanering

Om planeringen avbrutits eller om patienten avlidit skrivs patienten ut som *Avbruten vårdplanering* i Lifecare SIP och orsak anges.

10. SIP slutförs

Påbörjad samordnad individuell plan i slutenvården slutförs av berörda aktörer, efter utskrivning, tillsammans med patient och/eller närstående.

11. Uppföljning av SIP

Uppföljning genomförs av respektive aktörs planerade insatser, enligt upprättad SIP.



7. Planering i öppenvården

Lifecare ska användas för planering av in- och utskrivning i hemsjukvården och vid behov av enstaka hembesök.

Vid frågeställning kring eventuell inskrivning i hemsjukvården för en patient inom psykiatrisk öppenvård ska den vårdcentral där patienten är listad kontaktas för initiering av planering.

7.1 In- och utskrivning i hemsjukvården

Samordnad planering är ingången till inskrivning i hemsjukvården och ska genomföras för att bedöma patientens behov av hemsjukvård.

Närsjukvården, det vill säga den vårdcentral där patienten är listad, eller personal i kommunen kan uppmärksamma behov av hemsjukvård. En samordnad planering initieras av närsjukvården, efter samtycke från patienten, för eventuell inskrivning i hemsjukvård. Legitimerad personal i kommunen har mandat att bedöma om patienten är aktuell för att skrivas in i hemsjukvården eller inte.

Kommunen ansvarar för insatser upp till sjuksköterske-, arbetsterapeut- och fysioterapeutnivå.

Läkaransvaret är alltid regionens ansvar och utgår från den vårdcentral där patienten är listad. För personer som blir inskrivna i hemsjukvården ska en fast läkarkontakt utses på den vårdcentral där patienten är listad.

När patientens medicinska tillstånd förbättrats så att hon/han bedöms kunna få sina vårdbehov tillgodosedda via besök på vårdcentralen, skrivs patienten ut från hemsjukvården.

Patientens delaktighet i planeringen av sin vård är central för ett gott resultat. Om patienten samtycker kan även närstående delta i planeringen.

7.2 Flödesschema planering vid in- och utskrivning i hemsjukvård



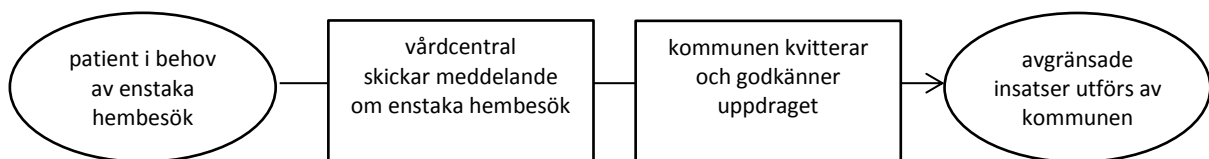
7.3 Enstaka hembesök

Enstaka insatser i form av hembesök innebär ett enskilt besök där patienten bedöms och/eller behandlas. Det handlar om insatser med identifierbart start- och slutdatum när patienten tillfälligt inte kan ta sig till vårdcentralen. Det är alltid vårdcentralen som ansvarar för ordination av de åtgärder som utförs som enstaka hembesök. Enstaka hembesök kan även initieras via legitimerad personal i kommunen, som kontakter vårdcentralen där patienten är listad.

Kommunens legitimerade personal ska ha möjlighet att bedöma behovet av enstaka hembesök i varje enskilt fall. Kommunens legitimerade personal utför endast ordinerade insatser och återkopplar till ordinerande vårdgivare. Vid enstaka hembesök är patientansvaret kvar i närsjukvården. Legitimerad personal i kommunen tar bara ansvar för utförandet av de ordinerade åtgärderna.

Informationsöverföringen från närsjukvården till kommunen om enstaka hembesök sker med funktionen "Meddelande utanför vårdtillfälle" i Lifecare och dokumentmall "Enstaka hembesök".

7.4 Flödesschema för enstaka hembesök



7.5 Meddelande från akutmottagningarna

"Meddelande utanför vårdtillfälle" i Lifecare kan användas för att kommunicera mellan olika parter, om patienten inte är inskriven i slutenvård.

7.6 Patientinformation vid planerade operationer/behandlingar

Skriftlig information ska lämnas till patient i samband med tidbokning av operation/behandling.

8. Definitioner och begrepp

För en samsyn är det viktigt att definiera gemensamma definitioner och begrepp. Avsnittet beskriver utvalda definitioner och begrepp kopplade till in- och utskrivningsprocessen från slutenvården och planering i öppenvården. Övergripande definitioner är hämtade från Socialstyrelsens termbank. Definitionerna och begreppen beskrivs i bokstavsordning.

Egenvård

Enligt Socialstyrelsens [egenvårdsföreskrift](#) och [meddelandeblad](#) är egenvård en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en person själv kan ansvara för att utföra med handräckning, alternativt med praktisk hjälp. Har personen behov av hjälp med att utföra egenvårdsåtgärderna kan patienten ansöka hos kommunen om bistånd för handräckning för egenvårdsåtgärden. Behoven prövas enligt socialtjänstlagen. För bedömning av rätt till bistånd för egenvård krävs att en egenvårdbedömning har gjorts i enlighet med Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift.

Egenvårdbedömning är en del av den samordnade planeringen.

Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt

Enligt Patientlagen *ska* fast vårdkontakt utses om personen begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Fast vårdkontakt ska vara en resurs i samordningen av vårdens insatser i samråd med berörd person och berörda aktörer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Fast vårdkontakt är en hälso- och sjukvårdspersonal och behöver inte vara en läkare. I Halland *ska* en fast vårdkontakt utses i närsjukvården för patienter med behov av samordnade insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst. För patienter i psykiatrisk slutenvård utses fast vårdkontakt även inom psykiatrisk öppenvård, med samordningsansvar för patienter som skrivs ut från slutna psykiatrisk vård.

I Halland *ska* även fast läkarkontakt utses för personer inskrivna i hemsjukvård eller boende i bostad med särskild service.

Hemgångsklar

Slutenvården ansvarar för att nedanstående kriterier för hemgångsklar är uppfyllda/säkerställda i samråd med patient och mottagande parter:

- inskrivningsmeddelande är skickat från slutenvården till närsjukvården/psykiatrisk öppenvård och kommunen
- behandlande läkare har bedömt och angett datum för när patienten är utskrivningsklar
- hjälpmedel för att klara toalettbesök och förflyttning inomhus ska vara tillgängliga för patienten, liksom aktuell läkemedelslista samt eventuell medicinteknisk utrustning
- ordinerade läkemedel, specifikt hälso- och sjukvårdsmaterial och särskilt nutritionsbehov som sondnäring och näringsdrycker ska vara säkrat för tre dygn efter utskrivning (anpassning av antal dygn i anslutning till helg)
- nödvändig information och kompetens för patientens bedömda behov av fortsatt hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser ska ha överförts till de enheter som mottagit ett inskrivningsmeddelande



Hemsjukvård i Halland

Hemsjukvård i Halland avser hälso- och sjukvård när den ges i personens bostad eller motsvarande och där ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatserna är sammanhängande över tid. Samordnad planering är grunden för inskrivning i hemsjukvården. Hemsjukvårdens uppdrag omfattar också enstaka hembesök hos personer som inte är inskrivna i hemsjukvården. Bedömning av behov av inskrivning i hemsjukvård initieras av närsjukvården eller av personal i kommunen.

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvård som ges av sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut, samt medarbetare med delegering att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Läkarmedverkan i hemsjukvård

Läkarmedverkan i hemsjukvård har i uppdrag att vara resurs för patienter som bor i ordinärt boende och är inskrivna i hemsjukvården eller patienter boende på särskilt boende som:

- har försämrat allmäntillstånd där läkarbedömning behövs med kort varsel eller
- skrivits ut från slutenvård senaste veckan och där kommunsjuksköterskan bedömer att det finns en hög risk för återinskrivning på sjukhus.

Meddelande utanför vårdtillfälle i Lifecare SIP

Meddelandet används för att kommunicera mellan olika parter om patienten inte är inskriven i slutenvård.

Närsjukvård – Vårdval Halland

Hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser.

SIP – samordnad individuell plan

Samordnad individuell plan är en vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. I Halland ska samordnad individuell plan genomföras av berörda aktörer, efter samtycke av och tillsammans med berörd person och/eller vårdnadshavare/närstående.

Detta kan ske i samband med utskrivning från slutenvården eller vid planering mellan närsjukvård/psykiatrisk öppenvård och kommun (exempelvis vid inskrivning i hemsjukvård). Samordnad individuell plan ersätter den vårdplan som tidigare använts i samband med utskrivning från slutenvård.

En samordnad individuell plan är inget meddelande utan ett gemensamt dokument, där varje part skriver sin egen del, alternativt att utsedd samordnare för upprättad samordnad individuell plan skriver för alla parter eller för de parter som inte har tillgång till Lifecare SIP.



Syftet med en samordnad individuell plan är att säkra samordning av insatserna så att personen får rätt stöd och vård, samt att ge personen ökat inflytande och delaktighet. Intentionen är att den samordnade individuella planen ska följa personen i alla vård- och omsorgskontakter i Halland.

Sluten vård

Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård.

Socialtjänst

Insatser för enskilda enligt författningarna om socialtjänst (Socialtjänstlagen) och stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt insatser enligt de särskilda författningarna om vård utan samtycke av unga eller av missbrukare (LVU, LVM). Den enskilde eller legal företrädare ansöker om insatser. Behovet utreds och ansökan beviljas eller avslås. Enskilda har rätt att överklaga beslutet till domstol. I de fall enskilda beviljas insats, verkställs beslutet. I vissa fall tillämpas ett valfrihetssystem, som ger den enskilde möjligheten att välja utförare.

Utskrivningsklar

Den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården (somatisk och psykiatrisk vård).

Bedömningen av om en patient är utskrivningsklar är en professionell bedömning som den behandlande läkaren ska göra utifrån sitt yrkesansvar, vetenskap och beprövad erfarenhet.



9. Referenslista

- Lag (2017:612) om *samverkan vid utskrivning från slutenvård*
- SOSFS 2005:27 Socialstyrelsens föreskrifter om *samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård*
- SOSFS 2007:10 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om *samordning av insatser för habilitering och rehabilitering*.
- SOSFS 2009:6 Socialstyrelsens föreskrifter om *bedömningen av om hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*.
- SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrift om *ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*
- SFS 2014:821 Svensk författningssamling, *Patientlag*.
- SOU 2015:20, *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård*.
- Regeringens proposition 2016/17:106, *Samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård*.
- Socialstyrelsen, *Förskrivning av hjälpmedel. Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning*.
- Lag 2017:310 om *framtidfullmakter och behörighet för anhöriga*.
- HSLF-FS 2017:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om *vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete*
- HSLF-FS 2017:41 Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om *anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria)*