

Samverkansrutin för vård- och omsorgsplanering i öppenvård och utskrivningsplanering från slutna hälso- och sjukvård

Hitta i dokumentet

Syfte

Rutin för vård- och omsorgsplanering i öppenvård
Planering av hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser
Samordnad individuell plan i öppenvården
Avstämning av pågående socialtjänstinsatser för personer i psykiatrisk öppenvård
Hälso- och sjukvårdsinsatser
In- och utskrivning i hemsjukvården
Enstaka hembesök
Medicinsk planering mellan legitimerad personal i kommun och läkare i öppenvård
Medicinsk planering vid förändrade behov av hemsjukvård
Rutin för Samverkan vid utskrivning från slutenvård
Inledning
Översikt utskrivningsprocessen
Utskrivningsprocess från slutenvård
Blått spår - Planering vid oförändrat behov av insatser efter utskrivning och som sedan tidigare har insatser från kommunen
Genomförande

Slutenvårdens ansvar

Kommunens ansvar
Grönt spår - Planering vid nyttillkomna behov av insatser från Socialtjänsten efter utskrivning
Genomförande
Slutenvårdens ansvar
Toc187821606
Toc187821607
Gult spår - Planering för patient med nyttillkomna/förändrade behov av hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivning
Slutenvårdens ansvar
Kommunens ansvar
Närsjukvården/psykiatrisk öppenvårds ansvar
Rött spår - SIP innan utskrivning vid behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som kräver samordning/utbildning
Slutenvårdens ansvar
Kommunens ansvar
Närsjukvården/psykiatrisk öppenvårds ansvar
Definitioner och begrepp
Uppdaterat från föregående version

Syfte

Dokumentet är framtaget och överenskommet inom den regionala samverkansstrukturen i Halland. Varje huvudman ansvarar för att rutinen fastställs i respektive huvudmans ledningssystem.

Av Regional Utvecklingsgrupp God och nära vård utsedda representanter inom Region Halland och kommunerna i Halland ansvarar för uppföljning för en god följsamhet, samt för utvärdering av arbetssätt för att fånga behov av och föreslå justeringar/förändringar.

För mer information kopplat till delar och processerna i denna rutin hänvisas till Vårdgivarwebbens startsida <https://vardgivare.regionhalland.se/> eller sida om Socialtjänst och närliggande hälso- och sjukvård <https://vardgivare.regionhalland.se/uppdrag-avtal/socialtjanst-och-naraliggande-halso-och-sjukvard/>

Denna rutin ska stödja en utveckling mot mer God och nära vård och förstärka samverkan mellan huvudmännen i personens hemmiljö för att skapa en fungerande vård och omsorg för individen och för att undvika oplanerad slutenvård.

För att genomföra denna utveckling behöver vi ha fokus på att:



Rutin för vård- och omsorgsplanering i öppenvård

Planering av hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser Samordnad individuell plan i öppenvården

Alla som behöver insatser från hälso- och sjukvården, socialtjänsten och andra aktörer så som skola, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen har rätt att få upprättat en samordnad individuell plan, SIP. Syftet med en SIP är att förbättra samordningen mellan de olika aktörerna så att individen får rätt stöd och vård. Patient, närstående och respektive huvudman kan initiera upprättande av en SIP.

Behov att upprätta en SIP finns exempelvis när:

- Insatserna behöver samordnas.
- Patienten/brukaren har flera vårdkontakter och eventuellt andra myndighetskontakter.
- Ansvarsfördelning behöver klargöras utifrån exempelvis insatser från både närsjukvård och specialistvård - Vem ansvarar för vad?
- Insatserna behöver följas upp gemensamt.
- Patienten/brukaren har behov av en tydlighet i vem som ansvarar för vad - Underlättar för patienten/brukaren med EN gemensam plan.

Lag (2001:453), (2017:30) När Patient har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en samordnad individuell plan. Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att Patient ska få sina behov tillgodosedda och om Patient samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med Patient. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och Patient inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå:

- vilka insatser som behövs,
- vilka insatser som respektive huvudman ska ansvara för,
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen,
- vem av huvudmännen som ska ha samordningsansvaret för planen,
- planering för uppföljning och utvärdering.

En SIP kan genomföras på vårdcentralen/psykiatrisk öppenvårdsmottagning, via telefon eller video alternativt som ett fysiskt möte i patientens bostad. Beslut om hur/var SIP ska genomföras sker i samförstånd.

Kommunen säkerställer tekniken för att möjliggöra SIP i hemmet och har med sig telefon eller dator. Sker SIP-mötet på mottagning ska närsjukvården/psykiatrisk öppenvårdsmottagning säkerställa tekniken för patientens/närståendes delaktighet.

Lifecare SP används som IT-stöd för digital SIP (kräver behörighet), alternativt används pappersblankett.

Närsjukvården/psykiatrisk öppenvårds ansvar

I närsjukvården/psykiatrisk öppenvårdskontakt med patient ska hela livssituationen beaktas för att i tidigt skede involvera kommunen i samarbetet runt patienten.

Närsjukvården/psykiatrisk öppenvård gör en bedömning i varje enskilt fall om patienten ska erbjudas en Samordnad individuell plan (SIP). Det är patientens behov som ska vara vägledande.

- Närsjukvården/psykiatrisk öppenvård sammankallar till mötet.
 - ✓ Samtycke till SIP inhämtas från den part som identifierar behovet.
 - ✓ Kallelse sänds via menyval, *Skapa underlag (SIP)* i Lifecare SP. Välj SIP upprättad inom öppenvård eller SIP uppföljning inom öppenvården.
Ange syftet med upprättande av SIP.
- Kallelse till SIP sänds enligt särskild anvisning, se förteckning mottagare i respektive kommun.
- Patient och närstående kallas.

Kommunens ansvar

- Om kommunen ser behov av samordning av insatser, SIP, skickar kommunen ett *meddelande utanför vårdtillfälle* till närsjukvården/psykiatrisk öppenvård.
- Det ska tydligt framgå vilka parter och om närstående ska kallas samt syftet med upprättande av SIP i meddelandet som skickas.

Övriga parter som inte har tillgång till Lifecare SP

- Om övriga parter såsom skola, arbetsförmedling m.m. ser behov av samordning av insatser, SIP, kontaktar de berörd vårdcentral eller aktuell öppenvårdsmottagning.
- Det ska tydligt framgå vilka parter som ska kallas samt om närstående ska delta, samt syftet med upprättande av SIP.

Blanketter och informationsmaterial

Inom ramen för regional samverkan mellan Region Halland och Hallands kommuner har en digital SIP utvecklats i IT-stödet Lifecare SP. Det finns också en SIP-blankett för alla målgrupper som används när digital SIP inte kan nyttjas, exempelvis vid driftstopp i Lifecare SP eller vid avsaknad av behörighet till Lifecare SP.

Det finns även tre olika informationsmaterial som är anpassad till olika målgrupper som vuxna, barn och unga samt personal, vilka finns tillgängliga på Vårdgivarwebben.

Avstämning av pågående socialtjänstinsatser för personer i psykiatrisk öppenvård

- socialtjänsten respektive regionen ska veta vem de kan vända sig till vid behov av avstämning.
- personal inom regionen eller kommunen initierar denna avstämning via ett *meddelande utanför vårdtillfälle* i Lifecare SP och uppger vilken/vilka patienter som är aktuella för

avstämning och syftet med avstämningen. Se förteckning mottagare i respektive kommun.

- avstämningen sker via telefon med berörd personal.

Hälso- och sjukvårdsinsatser

In- och utskrivning i hemsjukvården

Den vårdcentral där patienten är listad, psykiatrisk öppenvård eller personal i kommunen kan uppmärksamma behov av hemsjukvård. Lifecare SP ska användas för planering av in- och utskrivning i hemsjukvården.

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

Läkaransvaret är alltid regionens ansvar och utgår från den vårdcentral där patienten är listad eller den psykiatriska öppenvårdsmottagning där patienten har sin läkarkontakt. Personer inskrivna i hemsjukvården ska ha en fast läkarkontakt utsedd på den vårdcentral där patienten är listad. Närsjukvården ska vara förstahandsvalet, förutom för patienter inom psykiatrisk öppenvård.

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

Inskrivning i hemsjukvården efter patientens samtycke:

- Inskrivning i hemsjukvården sker med funktionen *meddelande utanför vårdtillfälle* i Lifecare SP, bilagan "Övergång till hemsjukvård - remiss" används.
- Beskriv utförligt aktuell information enligt SBAR, Situation – Bakgrund – Aktuellt – Rekommendation.
- Överväg behov av SIP och bocka i "Övergång till hemsjukvård".
- Legitimerad personal i kommunen bedömer om patienten är aktuell för att skrivas in i hemsjukvården eller inte. Återkoppling sker snarast från kommunen via *meddelande utanför vårdtillfälle*.
- Involverade parter dokumenterar i sin respektive journal.

När patienten har behov av samordnade insatser av både regionen och kommunen i samband med inskrivning i hemsjukvården ska en samordnad individuell plan, SIP, upprättas. Närsjukvården/psykiatrisk öppenvård bockar av på remissen i Lifecare SP och kallelse till möte sänds till kommunen. Kommunen kan också initiera till SIP. Nytt samtycke inhämtas/behövs vid eventuell SIP.

När patientens medicinska tillstånd förbättrats så att hen bedöms kunna få sina vårdbehov tillgodosedda via besök på närsjukvården/psykiatrisk öppenvårdsmottagning, skrivs patienten ut från hemsjukvården.

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/psykiatrisk öppenvård. Är tidsperioden för behovet av enstaka hembesök längre än 14 dagar ska inskrivning i hemsjukvården övervägas.

Det är alltid närsjukvården/psykiatrisk öppenvård som ansvarar för ordination av de åtgärder som utförs som enstaka hembesök. Viktigt att närsjukvården/psykiatrisk öppenvård informerar patienten om att kommunens personal utför insatser i hemmet.

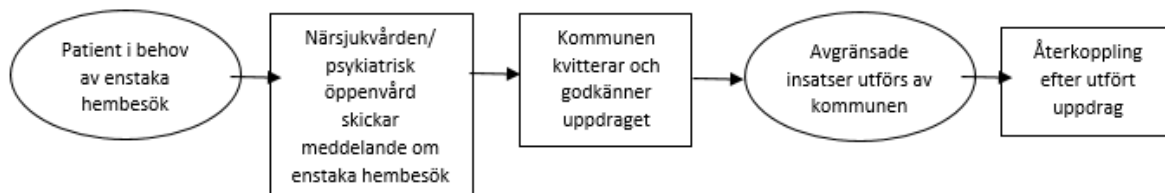
I de fall kommunens legitimerade personal bedömer att patienten inte har behov av enstaka hembesök återkopplar kommunen detta till närsjukvården/psykiatrisk öppenvård i varje enskilt fall. Kommunens legitimerade personal utför endast ordinerade insatser och återkopplar till ordinerande vårdgivare.

Vid enstaka hembesök är patientansvaret kvar i närsjukvården/psykiatrisk öppenvård. Legitimerad personal i kommunen tar bara ansvar för utförandet av de ordinerade åtgärderna.

Informationsöverföringen från närsjukvården/ psykiatrisk öppenvård till kommunen om enstaka hembesök sker med funktionen *meddelande utanför vårdtillfälle* i Lifecare SP och bilaga "Enstaka hembesök".

Vid behov av enstaka hembesök med kort framförhållning ska insatsen säkerställas via telefonkontakt.

Flödesschema för enstaka hembesök



Medicinsk planering mellan legitimerad personal i kommun och läkare i öppenvård

För en god och säker vård för personer inskrivna i hemsjukvården behöver kontakten mellan läkare i öppenvården och kommunal hälso- och sjukvård stärkas utifrån patientens behov av medicinsk vård och behandling. Detta för ett proaktivt arbetssätt och för att undvika oplanerad inskrivning i slutenvården.

Tider ska säkerställas på respektive öppenvårdsenhet för dialog/samordning av medicinsk planering mellan läkare och legitimerad personal i kommunal hälso- och sjukvård. Hur kontakten ska se ut, telefon eller besök, ska tydliggöras i en överenskommelse mellan respektive öppenvårdsenhet och kommunens hälso- och sjukvård i varje enskilt fall.

Medicinsk planering enligt denna skrivning omfattar planerat behov av dialog/samordning. Vid akut behov ska utarbetad kontaktväg via telefon användas.

Medicinsk planering vid förändrade behov av hemsjukvård

Legitimerad personal i kommunal hälso- och sjukvård eller närsjukvården/psykiatrisk öppenvård initierar denna dialog/samordning via ett *meddelande utanför vårdtillfälle* i Lifecare SP utifrån sin medicinska bedömning och uppger vilken/vilka patienter som är aktuella för dialog/samordning, aktuell frågeställning och när i tid en kontakt behövs. Lifecare SP ska användas om ingen annan överenskommelse har gjorts.

Tid bokas in av öppenvårdsenheten för dialog/samordning, vilken meddelas legitimerad personal i kommunal hälso- och sjukvård via *meddelande utanför vårdtillfälle*.

Läkare på den vårdcentral där personen är listad eller den psykiatriska öppenvårdsmottagning där personen har sin läkarkontakt ska delta vid dialogen/samordningen.

Vid dialog/samordning ska sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård ha aktuella vitalparametrar (puls, blodtryck, andningsfrekvens, temperatur och medvetandegrad) enligt checklista i SBAR tillgängliga.

Rutin för Samverkan vid utskrivning från slutenvård

Inledning

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller närsjukvården/psykiatrisk öppenvård. Lagen ska särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Lagen öppnar upp för regionala överenskommelser.

Utskrivningen ska göras effektivt och med bibehållen patientsäkerhet. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård tar upp flera olika steg; inskrivningsmeddelande, planering och kartläggning inför utskrivning, fast vårdkontakt, underrättelse om utskrivningsklar, utskrivning och informationsöverföring vid utskrivning, kallelse och genomförande av samordnad planering.

Delaktighet

Genom att främja delaktighet inför utskrivning från sjukhuset kan man öka patientens förmåga att ta ansvar för sin egen vård och säkerställa en smidig och trygg övergång till hemmet. Det är viktigt att vården är personcentrerad och att patientens individuella behov beaktas vid planeringen av utskrivningen.

Samverkan

Samordning och planeringen inför utskrivning ska vara en trygg och säker process för patient, parterna behöver därför säkerställa en kontinuerlig samordning och dialog mellan vårdgivare, samt mellan vårdgivare och socialtjänsten under vårdtillfället och inför utskrivning. Arbetet ska vara tillitsskapande och utgå ifrån patientens behov och delaktighet.

Proaktivt förhållningsätt

Lagen tydliggör att verksamheter inom socialtjänst, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och den regionfinansierade öppna vården tidigt måste börja planera inför patientens utskrivning från slutenvården. Utgångspunkt/huvudspår i planeringen ska alltid vara utskrivning till hemmet.

Förutsättningarna för att en tidig planering i utskrivningsprocessen kan ske, är att berörda parter mellan slutenvården, öppenvård och kommun säkerställer en tidig dialog och informationsutbyte om patientens hälsosituation och funktionsförmåga. Den tidiga planeringen påbörjas när inskrivningsmeddelandet skickas och emottages genom inhämtande av information i Lifecare SP och NPÖ (nationell patientöversikt).

Överföring av information mellan parterna

Informationsutbyte ska göras i syfte att berörda parter får en gemensam bild av hur patientens behov av vård- och omsorgsinsatser såg ut före och under slutenvårdstillfället, samt slutligen inför att patienten ska skrivas ut från slutenvården. Detta för att på bästa sätt kunna bedöma vilket stöd som ska utgå till patient i samband med utskrivning till hemmet. Informationsöverföringen görs i planeringsunderlaget i Lifecare SP av respektive part och görs snarast efter att inskrivningsmeddelande har skickats och emottagits.

Varje part har ett ansvar att läsa av Lifecare SP minst 2 gånger varje vardag för att kvittera och hantera inkomna meddelanden. Informationsöverföringen mellan parterna får endast göras om samtycke har inhämtats från patienten.

Samtycke

För att uppgifter om patientens hälsosituation och funktionsförmåga ska få lämnas ut emellan vårdgivarna och mellan vårdgivare och socialtjänst, krävs patientens samtycke. Samtycket kan inhämtas av slutenvården för vårdtillfället och gäller under hela utskrivningsprocessen, förutsatt att patienten har informerats muntligt och skriftligt (informationsblad/1177.se) om vilken information som ska delas, varför den ska delas och till vilka mottagare den ska delas. Slutenvården förmedlar inhämtade samtycken till berörda parter i Lifecare SP. Samtycke kan alltid återtas av patient.

Respektive huvudman ansvarar för att ha rutiner för hur samtycke inhämtats och dokumenteras.

Planering inför utskrivning

Planering inför utskrivning och upprättande av Samordnad individuell plan (SIP) inför utskrivning från slutenvården (somatisk och psykiatrisk vård) ska kunna genomföras vardagar, dagtid och kan genomföras efter överenskommelse via video, telefon eller som ett fysiskt möte i slutenvården.

Beräknat utskrivningsdatum och generellt meddelande från slutenvården om att planering är aktuellt ska vara vägledande i planeringen.

Kommunen utgår från utfallet av planeringsunderlaget och bedömer/överväger alltid val av färgspår/behov av planering utifrån tillgänglig information om hälso- och sjukvårdsinsatser samt socialtjänstinsatser. Planeringsunderlag som leder till rött spår ska hanteras skyndsamt och ändras vid behov till annan spårfärg.

Utgångspunkt/huvudspår i planeringen ska alltid vara utskrivning till hemmet. Patienter som vårdas på korttidsplats och som oplanerat skrivs in i slutenvården ska ges möjlighet att återvända till korttidsplatsen inom 24 timmar.

Hemgångsklar

Hemgångsklar är ett stöd i dialogen mellan berörda parter i planeringen för att säkerställa/uppfülla det som krävs för att en patient ska kunna skrivas ut från slutenvården på ett tryggt och säkert sätt utifrån patientens aktuella behov.

Ansvarig part bockar av punkterna i Lifecare SP efterhand de blir säkerställda/uppfyllda. För en ökad tydlighet i informationsöverföring inför utskrivning ska slutenvården kommentera punkterna i hemgångsklar i Patientinformationen i Lifecare SP. Detta som komplement till kryss-markeringarna för en trygg utskrivning och tydlighet för mottagande part.

- Slutenvården förskriver hjälpmedel för att klara förflyttning inomhus under vårdtiden (gånghjälpmedel/rullstol) och som patienten har behov av efter utskrivning, samt eventuell medicinteknisk utrustning. Slutenvården bedömer behovet av hjälpmedel vid toalettbesök. Förflyttas patienten med personlyft på

avdelningen ska vikt, längd samt vilken modell av lyftsele som använts rapporteras till mottagande part i *Patientinformationen* i Lifecare SP.

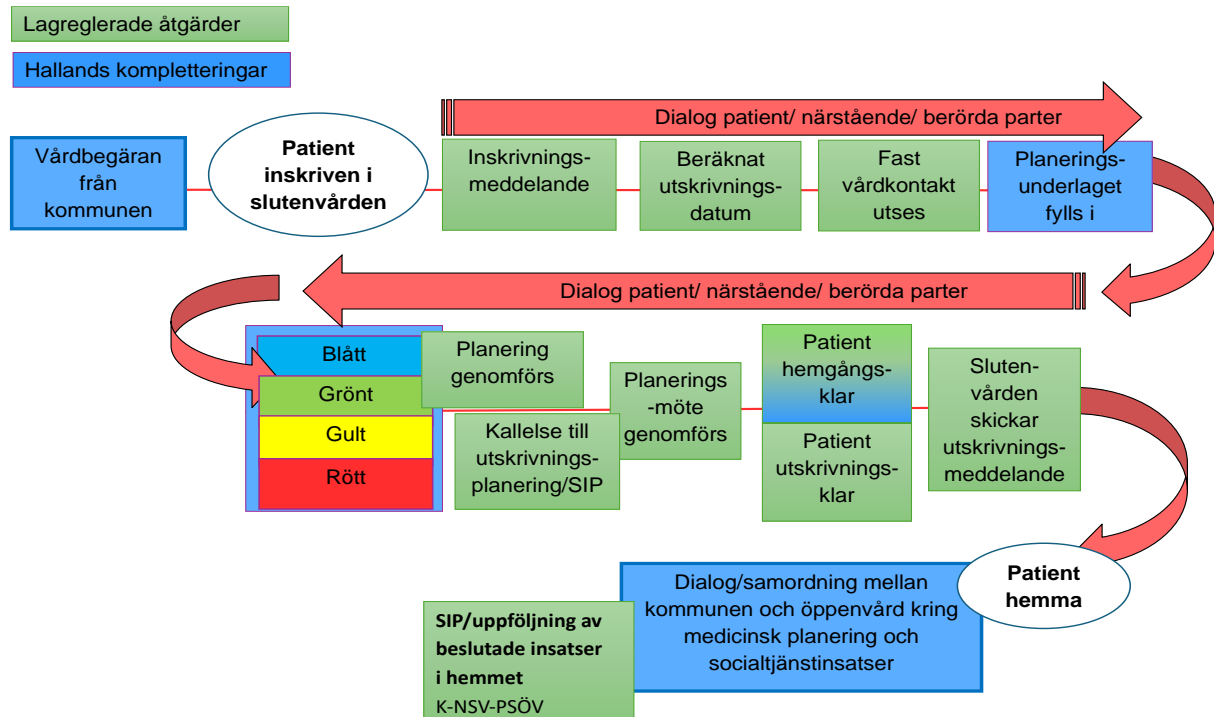
- Kommunen förskriver hjälpmedel för att klara toalettbesök och förflyttning inomhus i hemmet som innan ordination kräver en miljöbedömning eller behöver monteras. För patienter som inte är inskrivna eller inte blir inskrivna i hemsjukvården ansvarar närsjukvården för dessa hjälpmedel.
- Slutenvården lämnar aktuell läkemedelslista med patient vid utskrivning och säkerställer att läkemedelslistan är verkställd i NCS när patient lämnar avdelningen.
- Slutenvården skickar med samtliga stående ordinerade läkemedel för 3 dygn (plus eventuella helgdagar). Läkemedel som är ordinerade vid behov skickas endast med om det har använts under vårdtillfället.

Slutenvården skickar med specifikt hälso- och sjukvårdsmaterial för 3 dygn och särskilt nutritionsbehov för 4 dygn (individuella anpassningar av antal dygn kan behövas för att säkerställa en trygg hemgång och sker i dialog med kommunen).

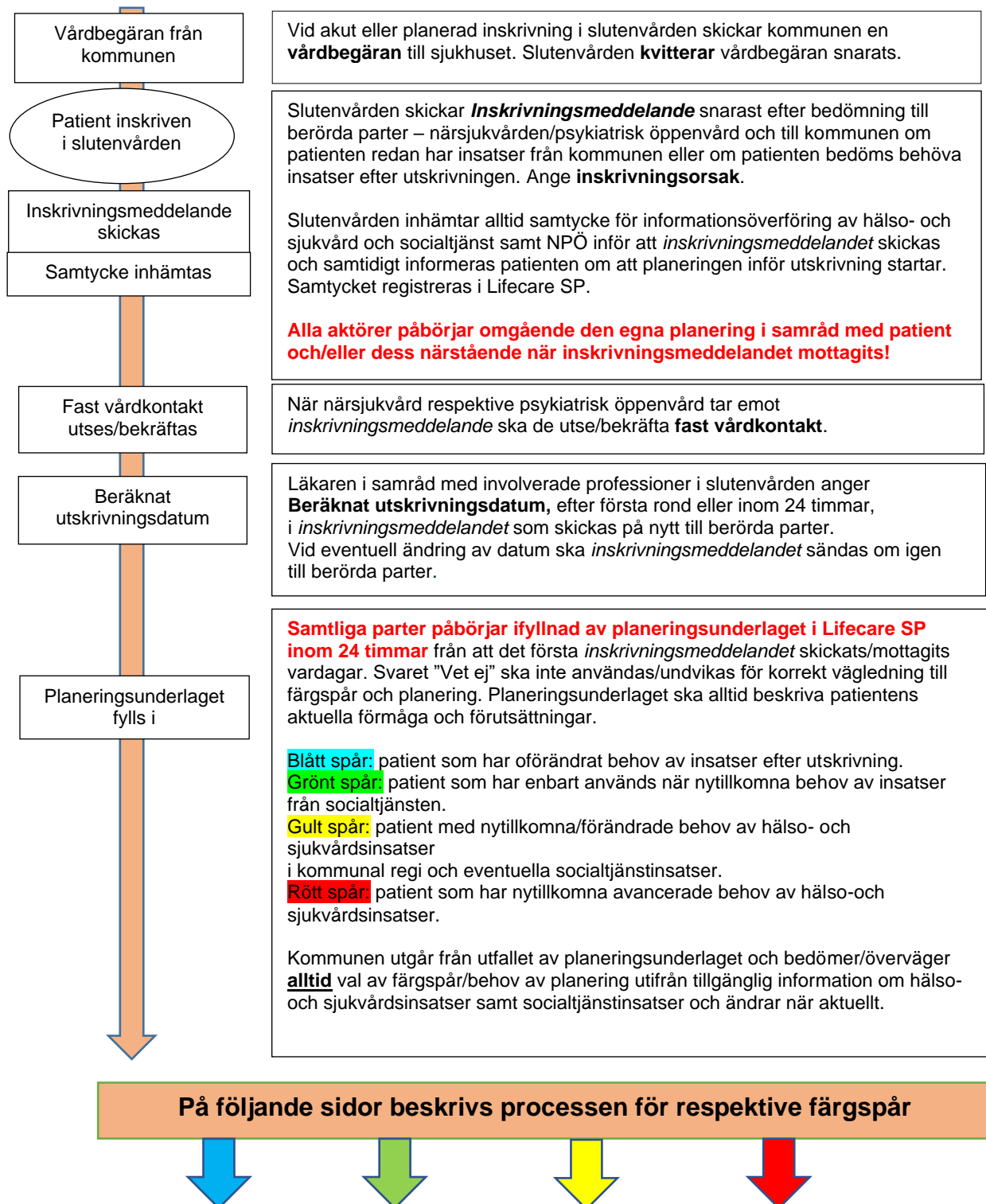
Slutenvården ger nödvändig information som egenvårdsbedömning eller omvårdsepikris, samt säkrar specifik kunskap hos mottagande part utifrån patientens hälso- och sjukvårdsbehov.

Datum för när patient är utskrivningsklar beslutas av läkare i samråd med involverade professioner i slutenvården och innebär att patienten inte längre behöver den slutna vårdens resurser/insatser kopplat till aktuellt vårdtillfälle och är redo att lämna avdelningen samma dag.

Översikt utskrivningsprocessen



Utskrivningsprocess från slutenvård



Blått spår - Planering vid oförändrat behov av insatser efter utskrivning och som sedan tidigare har insatser från kommunen

Genomförande

Kommunen bedömer utfall av färgspår i planeringsunderlaget utifrån övrig tillgänglig information om hälso- och sjukvårdsinsatser samt socialtjänstinsatser. Kommunen meddelar övriga parter i ett *generellt meddelande* vid byte av färgspår i Lifecare SP.

Planeringen inför utskrivning följer **blått spår** för patient:

- utan nytillkomna behov vid utskrivning som har kommunal vård och/eller omsorg sedan tidigare.
- utan behov av samordning i direkt anslutning till utskrivning.

Slutenvårdens ansvar

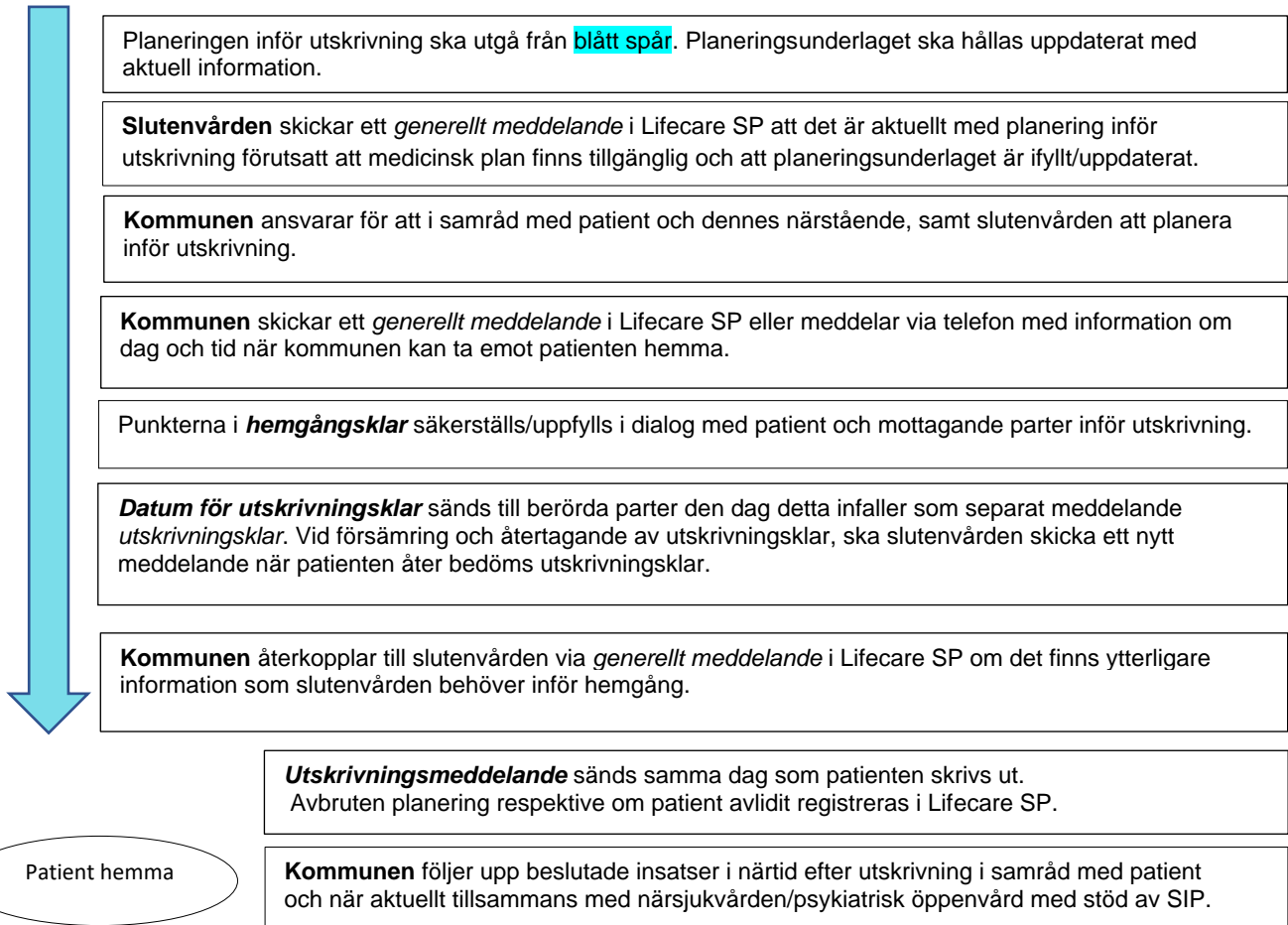
- Slutenvården inhämtar alltid *samtycke* för informationsöverföring av hälso- och sjukvård och socialtjänst samt NPÖ inför att inskrivningsmeddelandet skickas och samtidigt informeras patienten om att planeringen inför utskrivning startar. Samtycket registreras i Lifecare SP. Informationsblad lämnas till patient alternativt hänvisas patienten till informationen på 1177.se.
- Att hålla *planeringsunderlaget* i Lifecare SP uppdaterat.
- *Beräknat utskrivningsdatum* ska kontinuerligt övervägas i samråd med involverade professioner i slutenvården för en hög träffsäkerhet.
- Att skicka ett *generellt meddelande* i Lifecare SP att det är aktuellt med planering inför utskrivning förutsatt att medicinsk plan finns tillgänglig och att planeringsunderlaget är ifyllt/uppdaterat.
- Att i dialog med patient och eventuellt dennes närstående, samt kommunen planera för utskrivning.
- Att i dialog med kommunen påbörja arbetet med kriterierna för *hemgångsklar* inför att patienten ska skrivas ut. Slutenvården kommenterar punkterna i hemgångsklar i Patientinformationen i Lifecare SP. Detta som komplement till kryss-markeringarna för en trygg utskrivning och tydlighet för mottagande part.
- Datum för utskrivningsklar beslutas av läkare i samråd med involverade professioner i slutenvården och sänds till berörda parter den dag detta infaller som separat meddelande *utskrivningsklar*. Meddelandet skrivs i Lifecare SP samma dag som patienten bedöms vara utskrivningsklar, vilket innebär att patienten inte längre behöver den slutna vårdens resurser/insatser kopplat till aktuellt vårdtillfälle och är redo att lämna avdelningen samma dag.
- Återtas utskrivningsklar ska slutenvården vid behov uppdatera beräknat utskrivningsdatum fram till att patienten är utskrivningsklar på nytt.
- I dialog med kommunen och vid behov med närsjukvård/psykiatrisk öppenvård se till att kriterierna för *hemgångsklar* är säkerställda/uppfyllda inför att patienten ska skrivas ut.
- När det finns information av vikt för patienten i *patientinformationen* lämnas ett utskrivet exemplar i samband med utskrivning.

Kommunens ansvar

- Att fylla i *planeringsunderlaget* för vägledning till rätt spårfärg.
- Utgångspunkt/huvudspår i planeringen ska alltid vara utskrivning till hemmet.
- Patienter som vårdas på korttidsplats och som oplanerat skrivs in i slutenvården ska ges möjlighet att återvända till korttidsplatsen inom 24 timmar.
- Att i en tidig dialog med patient och eventuellt dennes närstående, samt slutenvården planera för utskrivning.
- Återkoppla med ett *generellt meddelande* i Lifecare SP alternativt via telefon med information om datum och tid för hemgång.
- Dokumentera i *generellt meddelande* i Lifecare SP om det finns ytterligare information som slutenvården behöver få inför utskrivning.
- Att i dialog med slutenvården påbörja arbetet med kriterierna för *hemgångsklar* inför att patienten blir utskrivningsklar och ska skrivas ut.
- I dialog med slutenvården se till att kriterierna för *hemgångsklar* är säkerställda/uppfyllda inför att patienten ska skrivas ut.
- Planera uppföljning av insatserna i närtid efter utskrivning i samråd med patient och när aktuellt tillsammans med närsjukvården/psykiatrisk öppenvård.

Blått spår - Process vid oförändrat behov av insatser efter utskrivning och som tidigare har insatser från kommunen

Processen nedan börjar med att slutenvården inhämtar samtycke för informationsöverföring av hälso- och sjukvård och socialtjänst samt NPÖ och ett *inskrivningsmeddelande* från slutenvården och *meddelande om beräknat utskrivningsdatum*, samt att fast vårdkontakt utses och att planeringsunderlaget fyllts i av samtliga parter. Kommunen bedömer utfall av färgspår i Lifecare SP och ändrar vid behov färgspår, samt meddelar övriga parter i ett *generellt meddelande* vid byte av färgspår.



Grönt spår - Planering vid nytilkomna behov av insatser från Socialtjänsten efter utskrivning

Genomförande

Kommunen bedömer utfall av färgspår i planeringsunderlaget utifrån övrig tillgänglig information om hälso- och sjukvårdsinsatser samt socialtjänstinsatser. Kommunen meddelar övriga parter i ett *generellt meddelande* vid byte av färgspår i Lifecare SP.

Planeringen inför utskrivning följer **grönt spår** för patient:

- med nytilkomna/förändrade behov av insatser från socialtjänsten vid utskrivning, t.ex. socialpsykiatri (boendestöd, sysselsättning), hemtjänst, personlig assistans eller kontakt med socialsekreterare.

För insatser från socialtjänsten krävs en ansökan från patient och rätten till sökt insats görs genom bedömning av biståndshandläggare/socialsekreterare.

Inför utskrivning från slutenvården genomförs en planering gemensamt av slutenvården och mottagande part. Planering för att säkra utskrivning från slutenvården ska starta tidigt under vårdtiden. Patienten och närstående ska ges förutsättningar till ett aktivt deltagande. I dialog med patienten och slutenvården planerar kommunen för de insatser som behövs för att säkerställa en trygg utskrivning.

Slutenvårdens ansvar

- Slutenvården inhämtar alltid *samtycke* för informationsöverföring av hälso- och sjukvård och socialtjänst samt NPÖ inför att inskrivningsmeddelandet skickas och samtidigt informeras patienten om att planeringen inför utskrivning startar. Samtycket registreras i Lifecare SP. Informationsblad lämnas till patient alternativt hänvisas patienten till informationen på 1177.se.
- Att hålla *planeringsunderlaget* i Lifecare SP uppdaterat.
- *Beräknat utskrivningsdatum* ska kontinuerligt övervägas i samråd med involverade professioner i slutenvården för en hög träffsäkerhet.
- Att skicka ett *generellt meddelande* i Lifecare SP att det är aktuellt med planering inför utskrivning förutsatt att medicinsk plan finns tillgänglig och att planeringsunderlaget är ifyllt/uppdaterat.
- Informera patienten om, när och hur och i vilket syfte planeringen inför utskrivning görs.
- Kontakta närstående efter inhämtat samtycke från patienten om de ska delta på planeringen inför utskrivning, meddela datum, tid och plats.
- Att i dialog med kommunen påbörja arbetet med kriterierna för *hemgångsklar* inför att patienten ska skrivas ut. Slutenvården kommenterar punkterna i hemgångsklar i Patientinformationen i Lifecare SP. Detta som komplement till kryss-markeringarna för en trygg utskrivning och tydlighet för mottagande part.
- Datum för utskrivningsklar beslutas av läkare i samråd med involverade professioner i slutenvården och sänds till berörda parter den dag detta infaller som separat meddelande *utskrivningsklar*. Meddelandet skrivs i Lifecare SP samma dag som patienten bedöms vara utskrivningsklar, vilket innebär att patienten inte längre

behöver den slutna vårdens resurser/insatser kopplat till aktuellt vårdtillfälle och är redo att lämna avdelningen samma dag.

- Återtas utskrivningsklar ska slutenvården vid behov uppdatera beräknat utskrivningsdatum fram till att patienten är utskrivningsklar på nytt.
- Att lokal och utrustning vid videomöte finns tillgängligt när detta är aktuellt.
- Finnas som stöd för patienten och säkerställa tekniken i de fall planeringen inför utskrivning sker via video.
- Inhämta information av resultatet av planeringen inför utskrivning i *patientinformation* i Lifecare SP efter avslutad planering.
- I dialog med kommunen och vid behov med närsjukvård/psykiatrisk öppenvård se till att kriterierna för *hemgångsklar* är säkerställda/uppfyllda inför att patienten ska skrivas ut.
- Lämna ett utskrivet exemplar av dokumentationen i *patientinformation* i samband med utskrivning.

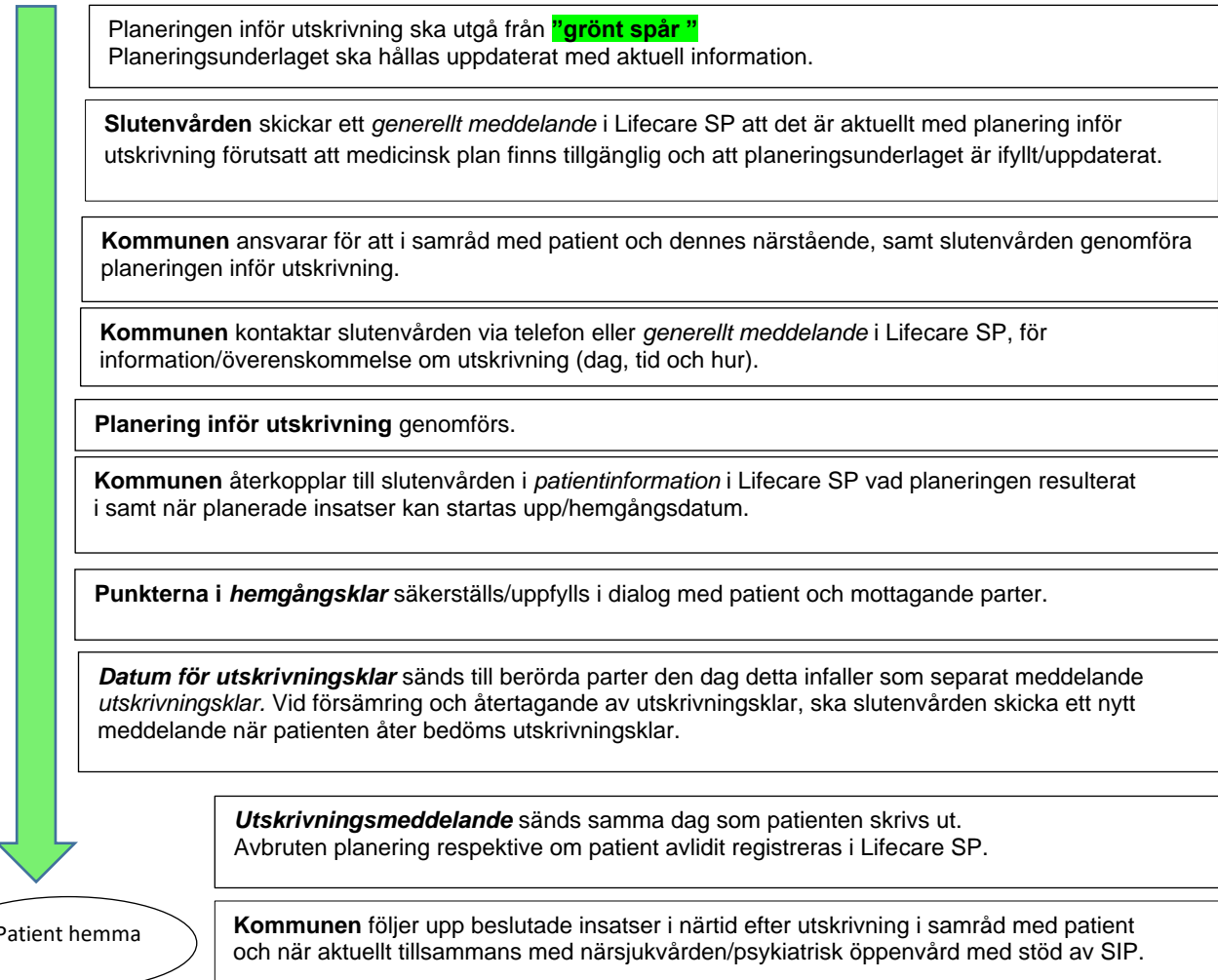
Kommunens ansvar

Påbörja planeringen tidigt i dialog med patient/närstående om patientens förutsättningar och behov inför planeringen och utskrivning.

- Att fylla i *planeringsunderlaget* för vägledning till rätt spårfärg.
- Utgångspunkt/huvudspår i planeringen ska alltid vara utskrivning till hemmet.
- Patienter som vårdas på korttidsplats och som oplanerat skrivs in i slutenvården ska ges möjlighet att återvända till korttidsplatsen inom 24 timmar.
- Återkoppla till slutenvården i ett *generellt meddelande* i Lifecare SP alternativt via telefon om när och hur planeringen inför utskrivning ska genomföras.
- Kommunikationen kan ske via telefon, videomöte alternativt fysiskt möte.
- Vid videomöte skicka en videolänk till mötet i ett *generellt meddelande* i Lifecare SP till slutenvården enligt överenskommelse om tid.
- Dokumentera i *patientinformation* i Lifecare SP resultatet av planeringen inför utskrivning samt när insatserna kan startas upp/hemgångsdatum.
- Att i dialog med slutenvården påbörja arbetet med kriterierna för *hemgångsklar* inför att patienten blir utskrivningsklar och ska skrivas ut.
- I dialog med slutenvården se till att kriterierna för *hemgångsklar* är säkerställda/uppfyllda inför att patienten ska skrivas ut.
- Planera uppföljning av beslutade insatser i närtid efter utskrivning i samråd med patient och när aktuellt tillsammans med närsjukvården/psykiatrisk öppenvård.

Grönt spår - Process vid nyttillkomna behov av insatser från Socialtjänsten efter utskrivning

Processen nedan börjar med att slutenvården inhämtar samtycke för informationsöverföring av hälso- och sjukvård och socialtjänst samt NPÖ och ett *inskrivningsmeddelande* från slutenvården och *meddelande om beräknat utskrivningsdatum*, samt att fast vårdkontakt utses och att planeringsunderlaget fyllts i av samtliga parter. Kommunen bedömer utfall av färgspår i Lifecare SP och ändrar vid behov färgspår, samt meddelar övriga parter i ett *generellt meddelande* vid byte av färgspår.



Gult spår - Planering för patient med nytillkomna/förändrade behov av hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivning

Genomförande

Kommunen bedömer utfall av färgspår i planeringsunderlaget utifrån övrig tillgänglig information om hälso- och sjukvårdsinsatser samt socialtjänstinsatser. Kommunen meddelar övriga parter i ett generellt meddelande vid byte av färgspår i Lifecare SP.

Planeringen inför utskrivning följer **gult spår** för patient:

- med nytillkomna/förändrade behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. Patienten kan även ha behov av socialtjänstinsatser.

SIP ska upprättas eller pågående SIP följas upp efter utskrivning för patienter med behov av planering och samordning av vård- och omsorgsinsatser i syfte att minimera behov av oplanerade vårdkontakter och återinskrivning.

För insatser från socialtjänsten krävs en ansökan från patient.

Inför utskrivning från slutenvården genomförs en planering gemensamt av slutenvården och kommunen. Planering för att säkra utskrivning från slutenvården ska starta tidigt under vårdtiden. Patienten och närstående ska ges förutsättningar till ett aktivt deltagande. I dialog med patienten och slutenvården planerar kommunen för de insatser som behövs för att säkerställa en trygg utskrivning. Utgångspunkt/huvudspår i planeringen ska alltid vara utskrivning till hemmet.

Bokning av mötestider görs utifrån en överenskommelse om fasta tider mellan parterna och som läggs in i gemensamma tidboken i Lifecare SP. De överenskomna tiderna ska syfta till att alla parter har en möjlighet att genomföra så effektiva planeringsprocesser som möjligt för att korta ledtider. Flexibilitet ska finnas hos berörda parter i bokning av mötestid (förmiddag eller eftermiddag). Finns inte tider tillgängliga i gemensam tidbok ska planering av mötestid ske via telefonavstämning mellan parterna.

Slutenvårdens ansvar

- Slutenvården inhämtar alltid *samtycke* för informationsöverföring av hälso- och sjukvård och socialtjänst samt NPÖ inför att inskrivningsmeddelandet skickas och samtidigt informeras patienten om att planeringen inför utskrivning startar. Samtycket registreras i Lifecare SP. Informationsblad lämnas till patient alternativt hänvisas patienten till informationen på 1177.se.
- Att hålla *planeringsunderlaget* i Lifecare SP uppdaterat.
- Beräknat utskrivningsdatum ska kontinuerligt övervägas i samråd med involverade professioner i slutenvården för en hög träffsäkerhet.
- Att skicka ett *generellt meddelande* i Lifecare SP att det är aktuellt med planering inför utskrivning förutsatt att medicinsk plan finns tillgänglig och att planeringsunderlaget är ifyllt/uppdaterat. För att skapa förutsättningar för bokat planeringsmöte nästkommande vardag behöver detta meddelande skickas senast kl 14.
- Informera patienten om, när, hur och i vilket syfte planeringen inför utskrivning ska äga rum.

- Utgångspunkt/huvudspår i planeringen ska alltid vara utskrivning till hemmet.
- Bedöma om patientens behov genererar att mötet behöver ske fysiskt i stället för via video (se rutin *Ställningstagande till mötesform vid planering*).
- Lämna broschyren "För dig som är patient på sjukhuset" till patient alternativt hänvisa till informationen på 1177.se.
- Kontakta närstående efter inhämtat samtycke från patienten om de ska delta på planeringen. Meddela datum, tid och plats samt skicka videolänk för deltagande digitalt.
- Att i dialog med kommunen påbörja arbetet med kriterierna för *hemgångsklar* inför att patienten ska skrivas ut. Slutenvården kommenterar punkterna i hemgångsklar i Patientinformationen i Lifecare SP. Detta som komplement till kryss-markeringarna för en trygg utskrivning och tydlighet för mottagande part.
- Datum för utskrivningsklar beslutas av läkare i samråd med involverade professioner i slutenvården och sänds till berörda parter den dag detta infaller som separat meddelande *utskrivningsklar*. Meddelandet skrivs i Lifecare SP samma dag som patienten bedöms vara utskrivningsklar, vilket innebär att patienten inte längre behöver den slutna vårdens resurser/insatser kopplat till aktuellt vårdtillfälle och är redo att lämna avdelningen samma dag.
- Återtas utskrivningsklar ska slutenvården vid behov uppdatera beräknat utskrivningsdatum fram till att patienten är utskrivningsklar på nytt.
- Att lokal och utrustning för videomöte finns tillgängligt när detta är aktuellt.
- Finnas som stöd för patienten och säkerställa tekniken när planeringen inför utskrivning sker via video.
- Att legitimerad personal lämnar aktuell medicinsk information, rehabiliterings- och omvårdnadsbehov i början av mötet. Slutenvården ansvarar för att genomföra en bedömning i varje enskilt fall om det utifrån patientens vårdbehov är lämpligt att även annan hälso- och sjukvårdsprofession lämnar aktuell information.
- Inhämta information av resultatet av planeringen i *patientinformation* i Lifecare SP efter avslutat möte.
- I dialog med kommunen och vid behov med närsjukvård/psykiatrisk öppenvård se till att kriterierna för *hemgångsklar* är säkerställda/uppfyllda inför att patienten ska skrivas ut.
- För patient med behov av hjälpmedel i anslutning till utskrivning och som inte är eller blir inskriven i hemsjukvården ska slutenvården meddela närsjukvården aktuellt hjälpmedelsbehov, så snart detta bedömts. Detta sker via generellt meddelande/remiss för att möjliggöra utskrivning enligt plan.
- Lämna ett utskrivet exemplar av dokumentationen i *patientinformation* till patienten i samband med utskrivning.

Kommunens ansvar

Påbörja planeringen tidigt i dialog med patient/närstående/anhörig om patientens förutsättningar och behov inför planeringen.

- Att fylla i *planeringsunderlaget* för vägledning till rätt spårfärg.
- Boka tid i gemensam tidbok utan fördröjning för planering inför utskrivning. Generellt meddelande från slutenvården om att planering är aktuellt är vägledande. Planeringsunderlaget ska vara ifyllt och kommunen ska ha övervägt om det är korrekt spårval utifrån aktuell patient innan mötestid bokas.

- Meddela slutenvården i ett *generellt meddelande* i Lifecare SP när och hur planeringen ska genomföras.
- Planeringen kan ske via telefon, videomöte alternativt fysiskt möte.
- Skicka en videolänk till mötet i ett *generellt meddelande* i Lifecare SP till slutenvården om planeringen ska genomföras via video.
- Utgångspunkt/huvudspår i planeringen ska alltid vara utskrivning till hemmet.
- Patienter som vårdas på korttidsplats och som oplanerat skrivs in i slutenvården ska ges möjlighet att återvända till korttidsplatsen inom 24 timmar.
- Dokumentera i *patientinformation* i Lifecare SP resultatet av planeringen senast samma dag som mötet genomförs, samt när insatserna kan startas upp/hemgångsdatum.
- Att i dialog med slutenvården påbörja arbetet med kriterierna för *hemgångsklar* inför att patienten blir utskrivningsklar och ska skrivas ut.
- I dialog med slutenvården se till att kriterierna för *hemgångsklar* är säkerställda/uppfyllda inför att patienten ska skrivas ut.
- Planera uppföljning av beslutade insatser i närtid efter utskrivning i samråd med patient och när aktuellt tillsammans med närsjukvården/psykiatrisk öppenvård.
- Vid upprättande av SIP i hemmet ansvarar kommunen för samordning och planering kring patientens delaktighet vid mötet.

Efter utskrivning

- Vid behov skickar legitimerad personal i kommunal hälso- och sjukvård *meddelande utanför vårdtillfälle* för dialog/samordning med läkare i öppenvård om patientens medicinska planering, om ingen annan överenskommelse är gjord kring samarbetet. *Se sidan 7 i denna rutin.*

Närsjukvården/psykiatrisk öppenvårds ansvar

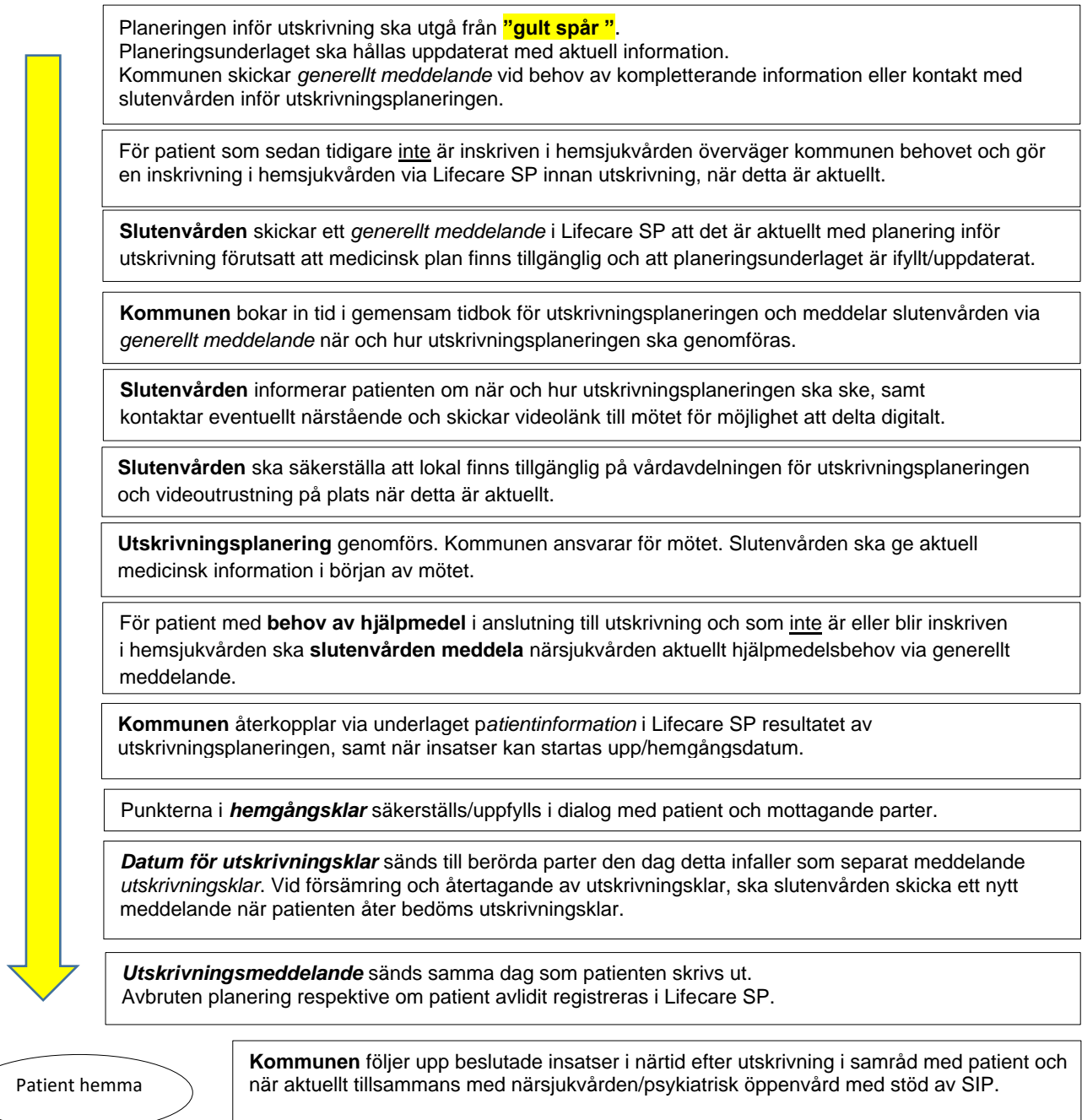
- för patient som sedan tidigare är inskriven i hemsjukvården tar närsjukvården/psykiatrisk öppenvård del av resultatet från planeringen via *patientinformation* i Lifecare SP.
- info/kunskap om patienten som inte framgår i planeringsunderlaget kan lämnas i Lifecare SP via *generellt meddelande* när patienten är i slutenvården.

När SIP ska upprättas efter utskrivning

- Närsjukvården/psykiatrisk öppenvård skickar **kallelse till SIP i vilken det framgår vilka funktioner som bör delta** för möte som sker i öppenvården efter utskrivning.
 - ✓ Sänd kallelse via menyval, Skapa underlag (SIP) i Lifecare SP skickas före utskrivning. Välj *SIP upprättande i öppenvård i anslutning till ett slutenvårdstillfälle i gult spår.*
 - ✓ För patient som har en SIP sedan tidigare – gå via menyval - möte/skapa kallelse och välj *SIP uppföljning i öppenvård i anslutning till ett slutenvårdstillfälle i gult spår.*
- Sjuksköterskan i närsjukvården/psykiatrisk öppenvård ska ha senaste dokumentationen om patientens medicinska planering tillgänglig under mötet.
- En SIP kan genomföras på vårdcentralen/psykiatrisk öppenvårdsmottagning, via telefon eller video alternativt som ett fysiskt möte i patientens hem. Beslut om hur/var SIP ska genomföras sker i samförstånd mellan berörda parter.
- Närsjukvården säkerställer att patienten får ett utskrivet exemplar av upprättad SIP.

Gult spår – Process för patient med nytillkomna/förändrade behov av hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivning

Processen nedan börjar med att slutenvården inhämtar samtycke för informationsöverföring av hälso- och sjukvård och socialtjänst samt NPÖ och ett *inskrivningsmeddelande* från slutenvården och *meddelande om beräknat utskrivningsdatum*, samt att fast vårdkontakt utses och att planeringsunderlaget fyllts i av samtliga parter. Kommunen bedömer utfall av färgspår i Lifecare SP och ändrar vid behov färgspår, samt meddelar övriga parter i ett *generellt meddelande* vid byte av färgspår.



Rött spår – SIP innan utskrivning vid behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som kräver samordning/utbildning

Genomförande

Planeringsunderlag som leder till rött spår ska hanteras skyndsamt.

Planeringen inför utskrivning följer **rött spår** vid:

- nytillkommet/utökat behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som kräver mer omfattande planering/samordning jämfört med gult spår
- behov av utbildande insatser för hemsjukvårdens personal kopplat till exempelvis specifika hälso- och sjukvårdsinsatser eller förhållningssätt inför utskrivning och/eller nytillkomna omfattande behov av socialtjänstinsatser hos patient.

Närsjukvården/psykiatriska öppenvården kallar till SIP som ska ske innan utskrivning från slutenvården. Kallelse till upprättande/uppföljning av SIP i Lifecare SP till berörda parter. Kallelsen ska sändas snarast. Generellt meddelande från slutenvården att planering är aktuellt är vägledande.

Mötestider för rött spår ska prioriteras för att inte förlänga vårdtiden. Finns inte tider tillgängliga i gemensam tidbok ska planering av mötestid ske via telefonavstämning mellan parterna. De överenskomna tiderna ska syfta till att alla parter har en möjlighet att genomföra så effektiva planeringsprocesser som möjligt för korta ledtider. Flexibilitet ska finnas hos berörda parter i bokning av mötestid (förmiddag eller eftermiddag), där närsjukvården/psykiatriska öppenvården och för utvalda patientgrupper inom specialistverksamhet vid Hallands sjukhus har samordningsansvaret.

Nedan följer *exempel* på behov av hälso- och sjukvårdsinsatser med samordningsbehov som kan leda till upprättande av SIP på sjukhus:

- Hälso- och sjukvård som kräver utbildande insatser.
- Komplexa vårdbehov t.ex. när flera läkare är involverade i behandlingen.
- Palliativ vård vid livets slut.
- Förstagångsinsjuknande i svårare psykiatriska tillstånd.
- Svårare psykiatriska tillstånd som är färdigbehandlade men med kvarvarande symtom och kognitiva funktionshinder.
- Psykisk sjukdom med samtidig somatisk ohälsa.
- Bostadslösa med svår psykiatrisk problematik.
- Multisjuka äldre med förändrat vårdbehov.

Slutenvårdens ansvar

- Slutenvården inhämtar alltid *samtycke* för informationsöverföring av hälso- och sjukvård och socialtjänst samt NPÖ inför att inskrivningsmeddelandet skickas och samtidigt informeras patienten om att planeringen inför utskrivning startar. Samtycket registreras i Lifecare SP. Informationsblad lämnas till patient alternativt hänvisas patienten till informationen på 1177.se.

- Att hålla *planeringsunderlaget* i Lifecare SP uppdaterat.
- Beräknat utskrivningsdatum ska kontinuerligt övervägas i samråd med involverade professioner i slutenvården för en hög träffsäkerhet.
- Att skicka ett *generellt meddelande* i Lifecare SP att det är aktuellt med planering inför utskrivning förutsatt att medicinsk plan finns tillgänglig och att planeringsunderlaget är ifyllt/uppdaterat.
För att skapa förutsättningar för bokat planeringsmöte nästkommande vardag behöver detta meddelande skickas senast kl 14.
- Informera patienten om, när, hur och i vilket syfte upprättande av SIP ska äga rum.
- Utgångspunkt/huvudspår i planeringen ska alltid vara utskrivning till hemmet.
- Bedöma om patientens behov medför att mötet behöver ske fysiskt i stället för via video (se rutin *Ställningstagande till mötesform vid utskrivningsplanering*).
- Lämna broschyren "För dig som är patient på sjukhuset" till patient alternativt hänvisa till informationen på 1177.se.
- Kontakta närstående efter inhämtat samtycke från patienten om de ska delta vid upprättande av SIP. Meddela datum, tid och plats samt skicka videolänk för deltagande digitalt.
- Att i dialog med kommunen påbörja arbetet med kriterierna för *hemgångsklar* inför att patienten ska skrivas ut. Slutenvården kommenterar punkterna i hemgångsklar i Patientinformationen i Lifecare SP. Detta som komplement till kryss-markeringarna för en trygg utskrivning och tydlighet för mottagande part.
- Datum för utskrivningsklar beslutas av läkare i samråd med involverade professioner i slutenvården och sänds till berörda parter den dag detta infaller som separat meddelande *utskrivningsklar* i Lifecare SP. Bedömningen innebär att patienten inte längre behöver den slutna vårdens resurser/insatser kopplat till aktuellt vårdtillfälle och är redo att lämna avdelningen samma dag.
- Återtas utskrivningsklar ska slutenvården vid behov uppdatera beräknat utskrivningsdatum fram till att patienten är utskrivningsklar på nytt.
- Att lokal och utrustning för videomöte finns tillgängligt när detta är aktuellt.
- Att legitimerad personal lämnar aktuell medicinsk information och omvårdnadsbehov i början av planeringsmötet.
- Inhämta information av resultatet av patientens SIP efter avslutat möte.
- I dialog med kommunen och vid behov med närsjukvård/psykiatrisk öppenvård se till att kriterierna för *hemgångsklar* är säkerställda/uppfyllda inför att patienten ska skrivas ut.
- Lämna ett utskrivet exemplar av patientens SIP i samband med utskrivning.
- Att inhämta eventuellt nya uppgifter, dag och tid för hemgång som dokumenterats i *patientinformation* efter mötet.

Kommunens ansvar

- Att fylla i *planeringsunderlaget* för vägledning till rätt spårfärg.
- Utgångspunkt/huvudspår i planeringen ska alltid vara utskrivning till hemmet.
- Patienter som vårdas på korttidsplats och som oplanerat skrivs in i slutenvården ska ges möjlighet att återvända till korttidsplatsen inom 24 timmar.
- Dokumentera delmål och behov (benämns som insatser i Lifecare SP) i patientens SIP, senast samma dag som SIP-mötet genomförs.
- Att i dialog med slutenvården påbörja arbetet med kriterierna för *hemgångsklar* inför att patienten blir utskrivningsklar och ska skrivas ut.

- Återkoppla till slutenvården i *patientinformation* när planerade insatser kan starta upp/hemgångsdatum.
- I dialog med slutenvården se till att kriterierna för *hemgångsklar* är säkerställda/uppfyllda inför att patienten ska skrivas ut.
- Planera uppföljning av beslutade insatser i närtid efter utskrivning i samråd med patient och när aktuellt tillsammans med närsjukvården/psykiatrisk öppenvård.

Efter utskrivning

- Vid behov skickar legitimerad personal i kommunal hälso- och sjukvård *meddelande utanför vårdtillfälle* för dialog/samordning med läkare i öppenvård om patientens medicinska planering, om ingen annan överenskommelse är gjord kring samarbetet. Se sidan 7 i denna rutin.

Närsjukvården/psykiatrisk öppenvårds ansvar

- Sända *kallelse* till möte för upprättande eller uppföljning av SIP till berörda parter snarast!
- Finns inte tider tillgängliga i gemensam tidbok ska telefonavstämning göras mellan närsjukvården/psykiatrisk öppenvård och slutenvården samt kommunen för bokning av mötestid för att undvika att vårdtiden förlängs.
- För att skapa förutsättningar för en säker utskrivning behöver tid för mötet planeras in med god marginal i förhållande till beräknat utskrivningsdatum.
- När det finns en SIP upprättad sedan tidigare, ska den aktualiseras i snar anslutning till mötet så att kommunen kan uppdatera delmål och behov.
- Dokumentera huvudmålet samt de delmål i patientens SIP där närsjukvården/psykiatrisk öppenvård har ett ansvar för insatsen, senast samma dag som SIP genomförs.
- I dialog med slutenvården se till att kriterierna för *hemgångsklar* är säkerställda/uppfyllda inför att patienten ska skrivas ut.

Specialistmottagning barn- och ungdomsklinikens ansvar för patienter inskrivna i hemsjukvård

- Sända *kallelse* till möte för upprättande eller uppföljning av SIP till berörda parter snarast! Skickas alltid till kommunen och närsjukvård/psykiatrisk öppenvård.
- Finns inte tider tillgängliga i gemensam tidbok ska telefonavstämning göras mellan närsjukvården/psykiatrisk öppenvård och slutenvården samt kommunen för bokning av mötestid för att undvika att vårdtiden förlängs.
- För att skapa förutsättningar för en säker utskrivning behöver tid för mötet planeras in med god marginal i förhållande till beräknat utskrivningsdatum.
- När det finns en SIP upprättad sedan tidigare, ska den aktualiseras i snar anslutning till mötet så att kommunen kan uppdatera delmål och behov.
- Dokumentera huvudmålet samt de delmål i patientens SIP senast samma dag som SIP genomförs.
- I dialog med slutenvården se till att kriterierna för *hemgångsklar* är säkerställda/uppfyllda inför att patienten ska skrivas ut.

Rött spår – process vid SIP innan utskrivning

Processen nedan börjar med att slutenvården inhämtar samtycke för informationsöverföring av hälso- och sjukvård och socialtjänst samt NPÖ och ett *inskrivningsmeddelande* från slutenvården och *meddelande om beräknat utskrivningsdatum*, samt att fast vårdkontakt utses och att planeringsunderlaget fyllts i av samtliga parter. Kommunen bedömer utfall av färgspår i Lifecare SP och ändrar vid behov färgspår, samt meddelar övriga parter i ett *generellt meddelande* vid byte av färgspår.

Planeringen inför utskrivning ska utgå från **"rött spår"**. Planeringsunderlaget ska hållas uppdaterat med aktuell information. Kommunen skickar *generellt meddelande* vid behov av kompletterande information eller kontakt med slutenvården inför upprättande av SIP.

Slutenvården skickar ett *generellt meddelande* i Lifecare SP att det är aktuellt med planering inför utskrivning förutsatt att medicinsk plan finns tillgänglig och att planeringsunderlaget är ifyllt/uppdaterat.

Efter samråd med patient och ev. närstående skickar närsjukvården/psykiatrisk öppenvård **Kallelse till möte för upprättande eller uppföljning av SIP** snarast till dem som ska delta. Överenskommelse görs kring hur, var och när planeringen ska genomföras.

Kallelsen kvitteras snarast av mottagarna.

Slutenvården informerar patienten om, när och hur utskrivningsplaneringen ska ske, samt kontaktar eventuellt närstående och skickar videolänk till mötet för möjlighet att delta digitalt.

Slutenvården ska säkerställa att lokal finns tillgänglig på vårdavdelningen för mötet och videoutrustning på plats. **Slutenvården** ska ge aktuell medicinsk information i början av mötet och inhämta information av planerade insatser.

SIP upprättas eller uppdateras om SIP finns sedan tidigare. Närsjukvården/psykiatrisk öppenvård dokumenterar huvudmål i patientens SIP. Delmål och insatser dokumenteras av ansvarig part. Egenvårdsbedömningen är en del av planen.

Slutenvården ansvarar för att skriva ut aktuell SIP till patient och informera patienten om innehållet.

Punkterna i **hemgångsklar** säkerställs/uppfylls i dialog med patient och mottagande parter.

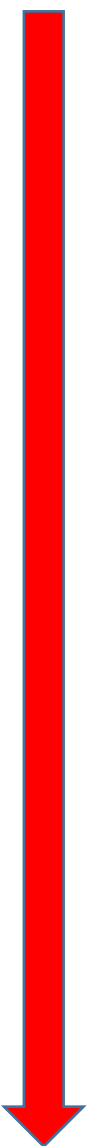
Datum för utskrivningsklar sänds till berörda parter den dag detta infaller som separat meddelande *utskrivningsklar*. Vid försämring och återtagande av utskrivningsklar, ska slutenvården skicka ett nytt meddelande när patienten åter bedöms utskrivningsklar.

Utskrivningsmeddelande sänds samma dag som patienten skrivs ut. Avbruten samordnad planering respektive om patient avlidit registreras i Lifecare SP.

Påbörjad SIP i slutenvården slutförs/följs upp, enligt överenskommelse mellan berörda aktörer i öppenvården, efter utskrivning från slutenvården.

Legitimerad personal i kommunal hälso- och sjukvård skickar vid behov *meddelande utanför vårdtillfälle* för dialog med läkare i öppenvård om patientens medicinska planering.

Kommunen följer upp beslutade insatser i närtid efter utskrivning i samråd med patient och när aktuellt tillsammans med närsjukvården/psykiatrisk öppenvård med stöd av SIP.



Patient hemma

Rutin: Samverkansrutin för utskrivningsplanering från slutenvård till kommunal hälso- och sjukvård
RH-12396

Fastställt av: Hälso- och sjukvårdsdirektör, Fastställt: 2025-01-20

Huvudförfattare: Engvall Britta RK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Definitioner och begrepp

För en samsyn är det viktigt att tydliggöra gemensamma definitioner och begrepp. Övergripande definitioner är hämtade från Socialstyrelsens termbank. Definitionerna och begreppen beskrivs i bokstavsordning.

Beräknat utskrivningsdatum

Datumet är en grov planering av patientens vårdtid och görs av läkare i samråd med andra professioner i slutenvården och hållas uppdaterat.

Egenvård

Enligt Socialstyrelsen 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 egenvårdsbedömning har gjorts i enlighet med Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift (SOSFS2009:6).

Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt

I Nationell vägledning från Socialstyrelsen [XX \(socialstyrelsen.se\)](http://socialstyrelsen.se) beskrivs att syftet med en fast vårdkontakt är att stärka patientens ställning och att patienten får en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser.

Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

En fast vårdkontakt ska kunna bistå patienter i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som t.ex. Försäkringskassan.

Patienter som har kontakt med flera olika delar av sjukvården, olika enheter, vårdgivare och kommunal hälso- och sjukvård kan få mer än en fast vårdkontakt. De fasta vårdkontaktarna ska då kunna samverka och samordna vårdens insatser för en enskild patient.

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 är en hälso- och sjukvårdspersonal och behöver inte vara en läkare.

I Halland ska en fast vårdkontakt utses i närsjukvården patienter med behov av samordnade insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst. I psykiatrisk öppenvård kan Fast vårdkontakt utses vid behov.

I Halland ska även fast läkarkontakt utses för personer inskrivna i hemsjukvård, personer i särskilt boende och personer i boende med särskild service.

Hemgångsklar

Hemgångsklar är ett stöd i dialogen mellan berörda parter i planeringen för att säkerställa/uppfylla det som krävs för att en patient ska kunna skrivas ut från slutenvården på ett tryggt och säkert sätt utifrån patientens aktuella behov.

Ansvarig part bockar av punkterna i Lifecare SP efterhand de blir säkerställda/uppfyllda. För en ökad tydlighet i informationsöverföring inför utskrivning ska slutenvården kommentera punkterna i hemgångsklar i Patientinformationen i Lifecare SP. Detta som komplement till kryss-markeringarna för en trygg utskrivning och tydlighet för mottagande part.

- Slutenvården förskriver hjälpmedel för att klara förflyttning inomhus under vårdtiden (gånghjälpmedel/rullstol) och som patienten har behov av efter utskrivning, samt eventuell medicinteknisk utrustning. Slutenvården bedömer behovet av hjälpmedel vid toalettbesök. Förflyttas patienten med personlyft på avdelningen ska vikt, längd samt vilken modell av lyftsele som använts rapporteras till mottagande part i *Patientinformation* i Lifecare SP.
- Kommunen förskriver hjälpmedel för att klara toalettbesök och förflyttning inomhus i hemmet som kräver en miljöbedömning/montering innan förskrivning. För patienter som sedan tidigare inte är inskrivna eller inte blir inskrivna i hemsjukvården vid utskrivning ansvarar närsjukvården för dessa hjälpmedel.
- Slutenvården lämnar aktuell läkemedelslista med patient vid utskrivning och säkerställer att läkemedelslistan är verkställd i NCS när patient lämnar avdelningen.
- Slutenvården skickar med samtliga stående ordinerade läkemedel för 3 dygn (plus eventuella helgdagar). Läkemedel som är ordinerade vid behov skickas endast med om det har använts under vårdtillfället.

Slutenvården skickar med specifikt hälso- och sjukvårdsmaterial för 3 dygn och särskilt nutritionsbehov för 4 dygn (individuella anpassningar av antal dygn kan behövas för att säkerställa en trygg hemgång och sker i dialog med kommunen).

- Slutenvården ger nödvändig information som egenvårdsintyg eller omvårdsepikris, samt säkrar specifik kunskap hos mottagande part utifrån patientens hälso- och sjukvårdsbehov.

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, i enlighet med överenskommelse om hemsjukvården i Halland. Hemsjukvårdens uppdrag omfattar också enstaka hembesök hos personer som inte är inskrivna i hemsjukvården. Bedömning av behov av inskrivning i

hemsjukvård initieras av närsjukvård/psykiatrisk öppenvård eller av personal i kommunen.

Medicinsk plan

För patient i slutenvården beskriver en medicinsk plan vilka behandlingar som ska avslutas före och vad som ska fortgå efter utskrivning, exempelvis: KAD, syrgasbehandling, intravenösa behandlingar/ subcutana injektioner/ inhalationer, nutrition, smärtlindring, omläggning/agrafftagning, vårdnivå/brytpunktsamtal. När aktuellt beskrivs plan för planerade undersökningar, exempelvis om de ska ske inläggande eller polikliniskt.

Planen kan också omfatta vem som ansvarar för den fortsatta vården och uppföljning av insatta behandlingar - mottagning, avdelning, vårdcentral, Palliativa konsultteam och vem hemsjukvården kan vända sig till på jourtid.

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.

Region Halland ansvarar för att det finns läkare i hemsjukvården inklusive särskilt boende, enligt hänvisning till [Överenskommelse om hemsjukvården i Halland](#).

Planering inför utskrivning

Planering inför utskrivning ska genomföras för patienter som bedöms ha behov av insatser från kommunen direkt efter utskrivning. Syftet är att säkerställa en trygg utskrivning.

Planeringen genomförs efter samtycke från patient utifrån patientens bedömda behov av insatser i dialog mellan patienten, kommunen och slutenvården, och när aktuellt närsjukvården samt närstående. Patienten och närstående ska ges förutsättningar till ett aktivt deltagande. Planeringen sker via telefon alternativt som ett digitalt eller fysiskt möte. Utgångspunkt/huvudspår i planeringen ska alltid vara utskrivning till hemmet.

Patienter som vårdas på korttidsplats och som oplanerat skrivs in i slutenvården ska ges möjlighet att återvända till korttidsplatsen inom 24 timmar.

Psykiatrisk öppenvård

Specialistpsykiatrisk öppenvård behandlar svår psykisk ohälsa. Barn- och ungdomspsykiatrien svarar för utredning, diagnostik och behandling för barn och ungdomar upp till 18 år. De vuxenpsykiatriska mottagningarna ingår i Vårdval Halland specialistvård och svarar för utredning, diagnostik och behandling för personer 18 år eller äldre.

Samordnad individuell plan, SIP

SIP är patientens plan. 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. SIP upprättas enligt Lag (2017:612) om samordning vid utskrivning från slutenvården, samt i öppenvård utifrån bestämmelse i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen, 2 kap.7§ SoL och 16 kap. 4 § HSL. Se även beskrivning sidan 3 i denna rutin.

Samtycke och menprövning

För att uppgifter om patientens hälsosituation och funktionsförmåga ska få lämnas ut emellan vårdgivarna och mellan vårdgivare och socialtjänst, krävs patientens samtycke.

Samtycket kan inhämtas av slutenvården för vårdtillfället och gäller under hela utskrivningsprocessen, förutsatt att patienten har informerats muntligt och skriftligt (informationsblad/1177.se) om vilken information som ska delas, varför den ska delas och till vilka mottagare den ska delas. Slutenvården förmedlar inhämtade samtycken till berörda parter i Lifecare SP. Samtycke kan alltid återtas av patient.

Om en patient inte kan lämna samtycke på grund av sitt hälsotillstånd eller annat skäl inte kan lämna samtycke, kan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i slutenvården pröva om det är till men för patienten att uppgifter om honom eller henne lämnas ut, som behövs för nödvändig vård, omsorg och behandling så kallad menprövning. Menprövning kan inte användas för att överpröva ett nekande till samtycke.

Om patient inte ger samtycke till informationsöverföring, hindrar detta inte slutenvården enligt sekretessreglerna i Offentlighets- och sekretesslagen (OSL) att lämna vissa uppgifter om en enskild individ till berörda parter. Slutenvården ska vid en sådan situation skicka ett inskrivningsmeddelande utan inskrivningsorsak och utskrivningsmeddelande. Slutenvården informerar kommunen och öppenvården om att patienten inte gett sitt samtycke till informationsöverföring.

Respektive huvudman ansvarar för att ha rutiner för hur samtycke inhämtats och dokumenteras.

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, SoL) och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt insatser enligt de särskilda författningarna om vård utan samtycke av unga eller av missbrukare (LVU, LVM). Patient eller legal företrädare ansöker om insatser enligt Socialtjänstlagen eller LSS. 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 Patient möjligheten att välja utförare.

Utskrivningsklar

Den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom slutenvården. Bedömningen av om en patient är utskrivningsklar är en professionell bedömning som den behandlande läkaren ska göra i samråd med involverade professioner i slutenvården utifrån sitt yrkesansvar, vetenskap och beprövad erfarenhet. Meddelandet skrivs i Lifecare SP samma dag som patienten bedöms vara utskrivningsklar, vilket innebär att patienten inte längre behöver den slutna vårdens resurser/insatser kopplat till aktuellt vårdtillfälle och är redo att lämna avdelningen samma dag.

Uppdaterat från föregående version

Uppdatering sid 8-29

- Inledande texter har kompletterats för att tydliggöra delaktighet, samverkan, proaktivt förhållningssätt, överföring av information mellan parter och samtycke.
- Bild över utskrivningsprocessens steg har lagts till.
- Utvecklat utskrivningsprocessen med att slutenvården ska meddela när aktuellt med planering inför utskrivning.
- Lagt till att utgångspunkt/huvudspår i planeringen alltid är utskrivning till hemmet, samt beskrivning av förutsättningar för patienter som vårdas på korttidsplats.
- Specialistmottagning vid barn-och ungdomskliniken getts möjlighet att kalla till planeringsmöte.
- Punkterna om läkemedel i hemgångsklar har reviderats.
- Kompletterat med samråd i slutenvården om beräknat utskrivningsdatum och datum för utskrivningsklar och vad utskrivningsklar innebär.
- Beskrivning av rött spår har justerats.
- Lagt till att kommunen har ansvar att planera uppföljning i närtid efter utskrivning.
- Definitioner och begrepp har kompletterats med text om samtycke, menprövning och medicinsk plan.

Tidigare versionsuppdateringar

Redaktionella ändringar, förtydligande av text gällande kallelsen till SIP upprättade i öppenvård där *i anslutning till ett slutenvårdstillfälle i gult spår* har lagts till (s.18). Text sända *kallelse* till möte för upprättande av SIP till berörda parter har förtydligats gällande uppföljning (s. 22). Text gällande kallelsen till möte för upprättande av SIP i rött spår har fått tillägget att det även gäller uppföljning (s. 23).

Ändrad tidsram för ifyllnad av planeringsunderlaget till inom 48 timmar, i syfte att minimera svaren "vej ej".

Slutenvården ska kontakta kommunen om beräknat utskrivningsdatum tidigareläggs eller flyttas fram mer än ett dygn.

Gult spår har kompletterats med målgrupper för vilka Samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas i hemmet efter.

Planeringsunderlag som leder till rött spår ska inte ändras med undantag för personer boende i SÄBO och planering av mötestid ska göras skyndsamt.

Slutenvården ska kommentera punkterna i Hemgångsklar i Patientinformationsvyn i Lifecare SP för en ökad tydlighet i informationsöverföringen.

Definitioner och begrepp har i delar kompletterats och förtydligats.

Förtydligat punkt 2 Hemgångsklar på s8 samt s 22