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

**Hitta i dokumentet**

[Syfte](#_Toc118126110)

[Rutin för vård- och omsorgsplanering i öppenvård](#_Toc118126111)

[Planering av hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser](#_Toc118126112)

[Samordnad individuell plan i öppenvården](#_Toc118126113)

[Avstämning av pågående socialtjänstinsatser för personer i psykiatrisk öppenvård](#_Toc118126114)

[Hälso- och sjukvårdsinsatser](#_Toc118126115)

[In- och utskrivning i hemsjukvården](#_Toc118126116)

[Enstaka hembesök](#_Toc118126117)

[Medicinsk planering mellan legitimerad personal i kommun och läkare i öppenvård](#_Toc118126118)

[Medicinsk planering vid förändrade behov av hemsjukvård](#_Toc118126119)

[Rutin för Samverkan vid utskrivning från slutenvård](#_Toc118126120)

[Inledning](#_Toc118126121)

[Utskrivningsprocess från slutenvård](#_Toc118126122)

[Blått spår - Planering vid oförändrat behov av insatser efter utskrivning och som sedan tidigare har insatser från kommunen](#_Toc118126123)

[Genomförande](#_Toc118126124)

[Slutenvårdens ansvar](#_Toc118126125)

[Kommunens ansvar](#_Toc118126126)

[Grönt spår - Planering vid nytillkomna behov av insatser från Socialtjänsten efter utskrivning](#_Toc118126127)

[Genomförande](#_Toc118126128)

[Slutenvårdens ansvar](#_Toc118126129)

[\_Toc118126130](#_Toc118126130)

[\_Toc118126131](#_Toc118126131)

[Gult spår - Planering för patient med nytillkomna/förändrade behov av hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivning](#_Toc118126132)

[Slutenvårdens ansvar](#_Toc118126133)

[Kommunens ansvar](#_Toc118126134)

[Närsjukvården/psykiatrisk öppenvårds ansvar](#_Toc118126135)

[Rött spår – SIP innan utskrivning vid avancerade behov av hälso- och sjukvårdsinsatser](#_Toc118126136)

[Slutenvårdens ansvar](#_Toc118126137)

[Kommunens ansvar](#_Toc118126138)

[Närsjukvården/psykiatrisk öppenvårds ansvar](#_Toc118126139)

[Definitioner och begrepp](#_Toc118126140)

[Uppdaterat från föregående version](#_Toc118126141)

# 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:**

Patienten och närstående ges förutsättningar till ett aktivt deltagande utifrån   
den enskildes behov

Patientens huvudsakliga vård bedrivs i öppna vårdformer





Uppföljningen av patientens vård och omsorg sker kontinuerligt

Den individuella samordnade planeringen ses som en process som innebär att berörda enheter har ett löpande samarbete med varandra i både ett kortsiktigt och ett långsiktigt perspektiv

Förutsättningar skapas för ett nära samarbete och gemensamt ansvarstagande

Planeringsarbetet rörande patienten kommer igång tidigt under vårdtiden   
i slutenvården

En samordnad vård, stöd och omsorg av god kvalitet säkerställs

# 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 den enskilde 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 den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde 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 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. 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

* 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. Det finns också en SIP-blankett för alla målgrupper som används när digital SIP inte kan nyttjas, exempelvis vid driftstopp i Lifecare eller vid avsaknad av behörighet till Lifecare.

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 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 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, 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 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

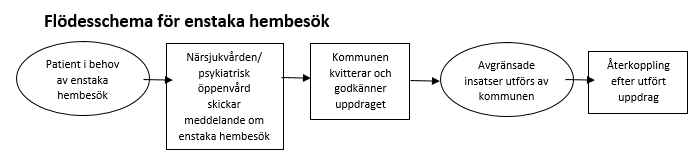
Enstaka insatser i form av hembesök innebär ett enskilt besök där patienten bedöms och/eller behandlas. Det handlar om insatser med identifierbart start- och slutdatum när patienten tillfälligt inte kan ta sig till vårdcentralen/psykiatrisk öppenvård. Är tidsperioden för behovet av enstaka hembesök längre 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 m*eddelande utanför vårdtillfälle* i Lifecare och   
bilaga ”*Enstaka hembesök*”.

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



# 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 upparbetad 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 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 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 sluten hälso- och sjukvård syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från sluten vård 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.

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 ska vara vägledande i planeringen varför kontinuerligt ställningstagande ska göras av beräknat utskrivningsdatum för en hög träffsäkerhet.

Vid utskrivning från slutenvården är regionens öppenvård (privat och offentlig regi) samordnare för samverkan för att säkra den fortsatta vården utanför sjukhuset. Punkterna i *Hemgångsklar* ska vara säkerställda/uppfyllda för en trygg och säker utskrivning.

Slutenvården inhämtar alltid samtycke för informationsöverföring och NPÖ (Nationell patientöversikt) inför att *inskrivningsmeddelandet* skickas och samtidigt informeras patienten om att planeringen inför utskrivning startar.

Kommunen utgår från utfallet av planeringsunderlaget och bedömer 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 inte ändras, med undantag för patienter boende i särskilt boende.

***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 efterhand de blir säkerställda/uppfyllda.

För en ökad tydlighet i informationsöverföring inför utskrivning ska slutenvården kommentera punkterna i hemgångsklar i Patientinformationen i Lifecare. 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.
* 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 ordinerade läkemedel, specifikt hälso- och sjukvårdsmaterial för 3 dygn och särskilt nutritionsbehov för 4 dygn, efter utskrivning (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.

# Utskrivningsprocess från slutenvård

Vid akut eller planerad inskrivning i slutenvården skickar kommunen en **vårdbegäran** till sjukhuset. Slutenvården **kvitterar** vårdbegäran snarats.

Vårdbegäran från kommunen

Inskrivningsmeddelande skickas

Slutenvården skickar ***Inskrivningsmeddelande*** snarast efter bedömning till berörda parter – närsjukvården/psykiatrisk öppenvård och till kommunen om patienten redan har insatser från kommunen eller om patienten bedöms behöva insatser efter utskrivningen. Ange **inskrivningsorsak**.  
Slutenvården inhämtar alltid samtycke för informationsöverföring och NPÖ inför att *inskrivningsmeddelandet* skickas och samtidigt informeras patienten om att planeringen inför utskrivning startar. Samtycket registreras i Lifecare.  
  
**Alla aktörer påbörjar den egna planering omgående i samråd med patient och/eller dess närstående när inskrivningsmeddelandet mottagits!**

**På följande sidor beskrivs processen för respektive färgspår**

**Samtliga parter påbörjar ifyllnad av planeringsunderlaget i Lifecare, inom 24 timmar från att det första *inskrivningsmeddelandet* skickats vardagar. ”Vet ej” används när inte fullständig information finns, men ska kompletteras senast inom 48 timmar med patientens behov och förutsättningar för rätt färgspår och planering. Planeringsunderlaget uppdateras vid förändrad bedömning.**Blått spår: patient som har oförändrat behov av insatser efter utskrivning.   
Grönt spår: patient som har enbart används när nytillkomna behov av insatser från socialtjänsten.  
Gult spår: patient med nytillkomna/förändrade behov av hälso- och sjukvårdsinsatser   
i kommunal regi och eventuella socialtjänstinsatser.  
Rött spår: patient som har nytillkomna avancerade behov av hälso-och sjukvårdsinsatser.

Kommunen utgår från utfallet av planeringsunderlaget och bedömer val av färgspår/behov av planering utifrån tillgänglig information om hälso- och sjukvårdsinsatser samt socialtjänstinsatser. *Undantag - Planeringsunderlag   
som leder till rött spår ska hanteras skyndsamt och inte ändras (med undantag för patienter boende i SÄBO).*

Läkaren anger **Beräknat utskrivningsdatum,** efter första rond eller inom   
24 timmar, i *inskrivningsmeddelandet* som skickas på nytt till berörda parter.   
Vid eventuell ändring av datum ska *inskrivningsmeddelandet* sändas om igen till berörda parter.

Beräknat utskrivningsdatum blir vägledande för planeringen av insatser inför utskrivning. Viktigt med kontinuerligt ställningstagande av beräknat utskrivningsdatum för en hög träffsäkerhet. **Slutenvården kontaktar omgående kommunen om beräknat utskrivningsdatum tidigareläggs/flyttas fram mer än ett dygn.**

Planeringsunderlaget fylls i

Beräknat utskrivningsdatum anges

Fast vårdkontakt utses/bekräftas

När närsjukvård respektive psykiatrisk öppenvård tar emot *inskrivningsmeddelande*   
ska de utse/bekräfta **fast vårdkontakt**.

# 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.

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

* Att vid förändrad bedömning uppdatera planeringsunderlaget i Lifecare.
* Beräknat utskrivningsdatum ska kontinuerligt övervägas för en hög träffsäkerhet och vägledning i planeringen inför utskrivning.
* Slutenvården kontaktar omgående kommunen via generellt meddelande om beräknat utskrivningsdatum tidigareläggs eller flyttas fram mer än ett dygn för planering inför utskrivning.
* Att i dialog med patient och eventuellt dennes närstående, samt kommunen planera för utskrivning.
* Datum för utskrivningsklar sänds till berörda parter den dag detta infaller som separat meddelande *utskrivningsklar*. Meddelandet skrivs i Lifecare samma dag som patienten bedöms vara utskrivningsklar, vilket innebär att patienten inte längre behöver den slutna vårdens resurser/insatser kopplat till aktuellt vårdtillfälle.
* Återtas utskrivningsklar ska slutenvården vid behov uppdatera beräknat utskrivningsdatum fram till att patienten är utskrivningsklar på nytt.
* Att i dialog med kommunen se till att kriterierna för*hemgångsklar* är säkerställda/uppfyllda inför att patienten ska skrivas ut. Slutenvården kommenterar punkterna i hemgångsklar i Patientinformationen i Lifecare. Detta som komplement till kryss-markeringarna för en trygg utskrivning och tydlighet för mottagande part.
* När det finns information av vikt för patienten i *patientinformationen* lämnas ett utskrivet exemplar i samband med utskrivning.

# Kommunens ansvar

* Att i dialog med patient och eventuellt dennes närstående, samt slutenvården samordna för utskrivning.
* Återkoppla med ett *generellt meddelande* i Lifecare alternativt via telefon med information om datum och tid för hemgång.
* Dokumentera i g*enerellt meddelande* i Lifecare om det finns ytterligare information som slutenvården behöver få inför utskrivning.
* Att i dialog med slutenvården se till att kriterierna för*hemgångsklar* är säkerställda/uppfyllda inför att patienten ska skrivas ut.

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

Processen nedan börjar med 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 och ändrar vid behov färgspår, samt meddelar övriga parter i ett *generellt meddelande* vid byte av färgspår. **OBS!** beräknat utskrivningsdatum och planeringsunderlaget ska omgående uppdateras vid förändrad bedömning.



# Grönt spår - Planering vid nytillkomna 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.

Planeringen inför utskrivning följer grönt spår för patient:

* med nytillkomna/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 den enskilde 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

* Att vid förändrad bedömning uppdatera planeringsunderlaget i Lifecare.
* Beräknat utskrivningsdatum ska kontinuerligt övervägas för en hög träffsäkerhet och vägledning i planeringen inför utskrivning.
* Slutenvården kontaktar omgående kommunen via generellt meddelande om beräknat utskrivningsdatum tidigareläggs eller flyttas fram mer än ett dygn för planering inför utskrivning.
* 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.
* Datum för utskrivningsklar sänds till berörda parter den dag detta infaller som separat meddelande *utskrivningsklar*. Meddelandet skrivs i Lifecare samma dag som patienten bedöms vara utskrivningsklar, vilket innebär att patienten inte längre behöver den slutna vårdens resurser/insatser kopplat till aktuellt vårdtillfälle.
* 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 efter avslutad planering.
* Att i dialog med kommunen se till att kriterierna för *hemgångsklar* är säkerställda/uppfyllda inför att patienten ska skrivas ut. Slutenvården kommenterar punkterna i hemgångsklar i Patientinformationen i Lifecare. Detta som komplement till kryss-markeringarna för en trygg utskrivning och tydlighet för mottagande part.
* Lämna ett utskrivet exemplar av dokumentationen i p*atientinformation* i samband   
  med utskrivning.

## 

## Kommunens ansvar

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

* Återkoppla till slutenvården i ett *generellt meddelande* i Lifecare 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 till slutenvården enligt överenskommelse om tid.
* Dokumentera i *patientinformation* i Lifecare resultatet av planeringen inför utskrivningsamt när insatserna kan startas upp/hemgångsdatum.
* Att i dialog med slutenvården se till att kriterierna för*hemgångsklar* är säkerställda/uppfyllda inför att patienten ska skrivas ut.

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

Processen nedan börjar med 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 och ändrar vid behov färgspår, samt meddelar övriga parter i ett *generellt meddelande* vid byte av färgspår.  
**OBS!** beräknat utskrivningsdatum och planeringsunderlaget ska omgående uppdateras vid förändrad bedömning.

Planeringen inför utskrivning ska utgå från **”grönt spår ”**   
Planeringsunderlaget uppdateras vid förändrad bedömning.

**Kommunen** ansvarar för att i samråd med patient och dennes närstående, samt slutenvården genomföra planeringen inför utskrivning.

**Kommunen** kontaktar slutenvården via telefon eller *generellt meddelande* i Lifecare, för information/överenskommelse om utskrivning (dag, tid och hur).

***Datum för utskrivningsklar*** sänds till berörda parter den dag detta infaller som separat meddelande *utskrivningsklar,* vilket innebär att patienten inte längre behöver den slutna vårdens resurser/insatser kopplat till aktuellt vårdtillfälle.   
Vid försämring och återtagande av utskrivningsklar, ska slutenvården skicka ett nytt meddelande när patienten åter bedöms utskrivningsklar.

**Planering inför utskrivning** genomförs.

**Kommunen** återkopplar till slutenvården i *patientinformation* i Lifecare vad planeringen resulterat i samt när planerade insatser kan startas upp/hemgångsdatum.

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

***Utskrivningsmeddelande*** sänds samma dag som patienten skrivs ut.

Avbruten planering respektive om patient avlidit registreras i Lifecare.

# 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.

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:

* nyinskrivna i hemsjukvården
* patienter som inte har förmåga att samordna sin vård och omsorg
* patienter med flera läkarkontakter (från både närsjukvård och specialistvård)

för patientens långsiktiga 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 den enskilde.

Inför utskrivning från slutenvården genomförs en planering inför utskrivning 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.

Bokning av mötestider görs utifrån en överenskommelse om fasta tider mellan parterna och som läggs in i gemensamma tidboken i Lifecare. 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).

# Slutenvårdens ansvar

* Att vid förändrad bedömning uppdatera planeringsunderlaget i Lifecare.
* Beräknat utskrivningsdatum ska kontinuerligt övervägas för en hög träffsäkerhet och vägledning i planeringen inför utskrivning.
* Slutenvården kontaktar omgående kommunen via *generellt meddelande* om beräknat utskrivningsdatum tidigareläggs eller flyttas fram mer än ett dygn för planering inför utskrivning.
* Informera patienten om, när, hur och i vilket syfte planeringen inför utskrivning ska äga rum.
* 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.
* Datum för utskrivningsklar sänds till berörda parter den dag detta infaller som separat meddelande *utskrivningsklar*. Meddelandet skrivs i Lifecare samma dag som patienten bedöms vara utskrivningsklar, vilket innebär att patienten inte längre behöver den slutna vårdens resurser/insatser kopplat till aktuellt vårdtillfälle.
* 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 efter avslutat möte.
* För patient medbehov av hjälpmedel i anslutning till utskrivning och som inte är eller blir inskriven i hemsjukvården ska slutenvården meddelanärsjukvården aktuellt hjälpmedelsbehov, så snart detta bedömts. Detta sker via generellt meddelande/remiss för att möjliggöra utskrivning enligt plan.
* Att i dialog med kommunen se till att kriterierna för *hemgångsklar* är säkerställda/uppfyllda inför att patienten ska skrivas ut. Slutenvården kommenterar punkterna i hemgångsklar i Patientinformationen i Lifecare. Detta som komplement till kryss-markeringarna för en trygg utskrivning och tydlighet för mottagande part.
* 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.

* Boka tid i gemensam tidbok för planering inför utskrivning. Beräknat utskrivningsdatum ska vara 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 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 till slutenvården   
  om planeringen ska genomföras via video.
* Dokumentera i *patientinformation* i Lifecare resultatet av planeringen senast samma dag som mötet genomförs,samt när insatserna kan startas upp/hemgångsdatum.
* Att i dialog med slutenvården se till att kriterierna för*hemgångsklar* är säkerställda/uppfyllda inför att patienten ska skrivas ut.
* Kommunen skickar ett *generellt meddelande/meddelande utanför vårdtillfälle* till närsjukvården/psykiatrisk öppenvård för kallelse till SIP utifrån ovan beskrivna målgrupper med information om vilka funktioner som bör delta.
* Vid upprättande av SIP i hemmet ansvarar kommunen för samordning och planering kring patientens delaktighet vid mötet.
* Om kommunen ej ser behov av samordning av insatser, SIP för patient enligt målgrupper under rubrik Genomförande (se ovan), ska anledningen till beslutet tydliggöras och meddelas via generellt meddelande i Lifecare till berörda parter.

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.
* info/kunskap om patienten som inte framgår i planeringsunderlaget kan lämnas   
  i Lifecare via *generellt meddelande* när patienten är i slutenvården.

**När SIP ska upprättas efter utskrivning utifrån beskrivna målgrupper**

* Närsjukvården/psykiatrisk öppenvård skickar ***kallelse till SIP i anslutning till utskrivning 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 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 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 och ändrar vid behov färgspår, samt meddelar övriga parter i ett *generellt meddelande* vid byte av färgspår.  
**OBS!** beräknat utskrivningsdatum och planeringsunderlaget ska omgående uppdateras vid förändrad bedömning.

Planeringen inför utskrivning ska utgå från **”gult spår ”**.Planeringsunderlaget uppdateras vid förändrad bedömning.

Kommunen skickar *generellt meddelande* vid behov av kompletterande information eller kontakt med slutenvården inför utskrivningsplaneringen.

För patient som sedan tidigare inte är inskriven i hemsjukvården överväger kommunen behovet och gör en inskrivning i hemsjukvården via Lifecare innan utskrivning, när detta är aktuellt.

**Kommunen** bokar in tid i gemensam tidbok för utskrivningsplaneringen och meddelar slutenvården via *generellt meddelande* när och hur utskrivningsplaneringen ska genomföras.

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

För patient med **behov av hjälpmedel** i anslutning tillutskrivning och som inte är eller blir inskriven i hemsjukvården ska **slutenvården meddela** närsjukvården aktuellt hjälpmedelsbehov via generellt meddelande.

***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.

**Slutenvården** ska säkerställa att lokal finns tillgänglig på vårdavdelningen för utskrivningsplaneringen   
och videoutrustning på plats när detta är aktuellt.

**Utskrivningsplanering** genomförs. Kommunen ansvarar för mötet. Slutenvården ska ge aktuell medicinsk information i början av mötet.

**Kommunen** återkopplar via underlaget p*atientinformation* i Lifecare resultatet av utskrivningsplaneringen,  
samt när insatser kan startas upp/hemgångsdatum.

**Kommunen** skickar ett *generellt meddelande/meddelande utanför vårdtillfälle* till närsjukvården/psykiatrisk öppenvård för kallelse till SIP utifrån beskrivna målgrupper med information om vilka funktioner som bör delta.  
**Närsjukvården/psykiatrisk öppenvård** skickar *kallelse till SIP i anslutning till utskrivning för möte efter utskrivning.*

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

***Utskrivningsmeddelande*** sänds samma dag som patienten skrivs ut.

Avbruten planering respektive om patient avlidit registreras i Lifecare.

# Rött spår – SIP innan utskrivning vid avancerade behov av hälso- och sjukvårdsinsatser

**Genomförande**  
Planeringsunderlag som leder till rött spår ska inte ändras, men *kan ändras* för personer boende i olika boendeformer inom SoL och LSS.

Planeringen inför utskrivning följer rött spår vid:

* avancerade behov av hälso- och sjukvårdsinsatser och/eller nytillkomna omfattande   
  behov av socialtjänstinsatser hos patient.
* bedömning av utfallet ska särskild hänsyn tas till om det krävs avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivning, samt ställningstagande till behov av utbildande insatser för hemsjukvårdens personal kopplat till exempelvis specifika hälso- och sjukvårdsinsatser eller förhållningssätt.

Närsjukvården/psykiatriska öppenvården kallar till SIP som ska ske innan utskrivning från slutenvården. Kallelse till upprättande/uppföljning av SIP i Lifecare till berörda parter. Kallelsen ska sändas snarast. Beräknat utskrivningsdatum ska vara vägledande i planeringen.

**Målet är att SIP i slutenvården upprättas senast vardagen efter patienten är bedömd utskrivningsklar.**  
  
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 att korta ledtider. Flexibilitet ska finnas hos berörda parter i bokning av mötestid (förmiddag eller eftermiddag), där närsjukvården/psykiatriska öppenvården har samordningsansvaret.

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

* Avancerad hälso-och sjukvård (som kräver utbildning ex. tracheostomi,   
  påsdialys, stora omläggningar, pumpar, syrgas, avancerade ortoser etc.).
* 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

* Att vid förändrad bedömning uppdatera planeringsunderlaget i Lifecare.
* Beräknat utskrivningsdatum ska kontinuerligt övervägas för en hög träffsäkerhet   
  och vägledning i planeringen inför utskrivning.
* Slutenvården kontaktar omgående närsjukvården/psykiatrisk öppenvård och kommunen via generellt meddelande om beräknat utskrivningsdatum tidigareläggs eller flyttas fram mer än ett dygn för planering inför utskrivning.
* Informera patienten om, när, hur och i vilket syfte upprättande av SIP   
  ska äga rum.
* 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.
* Datum för utskrivningsklar sänds till berörda parter den dag detta infaller som separat meddelande *utskrivningsklar*. Meddelandet skrivs i Lifecare samma dag som patienten bedöms vara utskrivningsklar, vilket innebär att patienten inte längre behöver den slutna vårdens resurser/insatser kopplat till aktuellt vårdtillfälle.
* 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.
* Att i dialog med mottagande part/er se till att kriterierna för *hemgångsklar* är säkerställda/uppfyllda inför att patienten ska skrivas ut. Slutenvården kommenterar punkterna i hemgångsklar i Patientinformationen i Lifecare. Detta som komplement till kryss-markeringarna för en trygg utskrivning och tydlighet för mottagande part.
* 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

* Dokumentera delmål och behov (benämns som insatser i Lifecare) i patientens SIP, senast samma dag som SIP genomförs.
* Att i dialog med slutenvården se till att kriterierna för*hemgångsklar* är säkerställda/uppfyllda inför att patienten ska skrivas ut.
* Återkoppla till slutenvården i *patientinformation* när planerade insatser kan starta upp/hemgångsdatum.

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.

**Rött spår – process vid SIP innan utskrivning**

Processen nedan börjar med ett *inskrivningsmeddelande* från slutenvården och *meddelande   
om beräknat utskrivningsdatum*, samt att fast vårdkontakt utses och att planeringsunderlaget fyllts i av samtliga parter. **OBS!** beräknat utskrivningsdatum och planeringsunderlaget ska omgående uppdateras vid förändrad bedömning.

Planeringen inför utskrivning ska utgå från **”rött spår”**Planeringsunderlaget uppdateras vid förändrad bedömning.

Kommunen skickar *generellt meddelande* vid behov av kompletterande information eller kontakt med slutenvården inför upprättande av SIP.

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.

.

***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.

**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.

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

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

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

# 

# 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 slutenvården. Detta datum är vägledande för kommunens och närsjukvårdens/psykiatrisk öppenvårds planering inför utskrivning och bokning av mötestid för identifiering av behov och planering av insatser/åtgärder.

Vid förändrade förutsättningar för patienten som påverkar vårdtiden ska kommun och närsjukvård/psykiatrisk öppenvård omgående få information om detta och ett nytt beräknat utskrivningsdatum via Lifecare.

**Egenvård**

Enligt Socialstyrelsenär 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 egenvårds-bedömning har gjorts i enlighet med Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift (SOSFS2009:6).

**Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt**   
I Nationell vägledning från Socialstyrelsen [XX (socialstyrelsen.se)](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2017-10-25.pdf) 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 vårdsituationen, 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 fåmer än en fast vårdkontakt. De fasta vårdkontakterna 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 efterhand de blir säkerställda/uppfyllda.  
För en ökad tydlighet i informationsöverföring inför utskrivning ska slutenvården kommentera punkterna i hemgångsklar i Patientinformationen i Lifecare. 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.
* 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 ordinerade läkemedel, specifikt hälso- och sjukvårdsmaterial för 3 dygn och särskilt nutritionsbehov för 4 dygn efter utskrivning (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. 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.

**Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård**

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

**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.](https://vardgivare.regionhalland.se/uppdrag-samverkan/hemsjukvard-i-halland/)

**Psykiatrisk öppenvård**

Specialistpsykiatrisk öppenvård behandlar svår psykisk ohälsa. Barn- och ungdomspsykiatrin 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.

**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). Den enskilde 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 den enskilde 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 utifrån sitt yrkesansvar, vetenskap och beprövad erfarenhet. Meddelandet skrivs i Lifecare samma dag som patienten bedöms vara utskrivningsklar, vilket innebär att patienten inte längre behöver den slutna vårdens resurser/insatser kopplat till aktuellt vårdtillfälle.

**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 i dialog mellan patienten, kommunen, slutenvården samt närstående efter samtycke från patient och vid behov. Patienten och närstående ska ges förutsättningar till ett aktivt deltagande.

|  |
| --- |
| Uppdaterat från föregående version Redaktionella ändringar, förtydligande av text gällande kallelsen till SIP upprättade i öppenvård där *i anslutning till ett slutenvårdstillfälle i gult spår* har lagt 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).  **Tidigare versionsuppdateringar**  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 för en ökad tydlighet i informationsöverföringen.  Definitioner och begrepp har i delar kompletterats och förtydligats.  Förtydligat punkt 2 *Hemgångsklar* på s8 samt s 22 |