



Utbildningsmaterial

Samverkansrutin för

Vård- och omsorgsplanering i öppenvård

&

Utskrivningsplanering från slutenvård och sjukvård för Hallands kommuner och Region Halland

Strategisk grupp ställt sig bakom
framtaget dokument 2020-06-29

Gäller fr.o.m. 2020-11-05



Innehållsförteckning

Rutin för vård- och omsorgsplanering i öppenvård	4
Planering av hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser	4
Samordnad individuell plan i öppenvården	4
Närsjukvården/psykiatrisk öppenvårds ansvar	5
Kommunens ansvar	5
Övriga parter som inte har tillgång till Lifecare	5
Avstämning av pågående socialtjänstinsatser för personer i psykiatrisk öppenvård	5
Hälso- och sjukvårdsinsatser	6
In- och utskrivning i hemsjukvården	6
Enstaka hembesök	6
Medicinsk planering mellan legitimerad personal i kommun och läkare i öppenvård	7
Medicinsk planering vid patientens förändrade behov av hemsjukvård	7
Rutin för Samverkan vid utskrivning från slutenvård	8
Inledning	8
Utskrivningsprocess från slutenvård	9
Blått spår - Utskrivningsplanering vid oförändrat behov av insatser efter utskrivning och som sedan tidigare har insatser från kommunen	10
Genomförande	10
Slutenvårdens ansvar	10
Kommunens ansvar	10
Grönt spår - Utskrivningsplanering vid nytillkomna behov av insatser från Socialtjänsten efter utskrivning ..	12
Genomförande	12
Slutenvårdens ansvar	12
Kommunens ansvar	12
Gult spår - Utskrivningsplanering för patient med nytillkomna/förändrade behov av hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivning	14
Genomförande	14
Slutenvårdens ansvar	14
Kommunens ansvar	15
Närsjukvården/psykiatrisk öppenvårds ansvar	15
Rött spår – SIP innan utskrivning vid avancerade behov av hälso- och sjukvårdsinsatser	17
Genomförande	17
Slutenvårdens ansvar	17
Kommunens ansvar	18
Närsjukvården/psykiatrisk öppenvårds ansvar	18
Definitioner och begrepp	20
RH version - Dokumentet är framtaget och överenskommet inom den regionala samverkansstrukturen i Halland. Varje huvudman ansvarar för att rutinen fastställs i respektive huvudmans ledningssystem.	

Denna rutin är framtagen i samverkan mellan Region Halland och Hallands kommuner och fastställd av Strategisk grupp, regionövergripande grupp inom den regionala stödstrukturen. Av Strategisk grupp utsedda representanter inom Region Halland och kommunerna i Halland ansvarar för uppföljning för en god följsamhet, samt 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 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.

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



Närsjukvården/psykiatrisk öppenvårds ansvar

I närsjukvården/psykiatrisk öppenvårds kontakt 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 den digitala SIPen 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 om behov av SIP finns, bocka i så fall av på remissen "Övergång till hemsjukvård".
- Legitimerad personal i kommunen bedömer om patienten är aktuell för att skrivas in i hemsjukvården eller inte. Återkoppling från kommunen sker 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

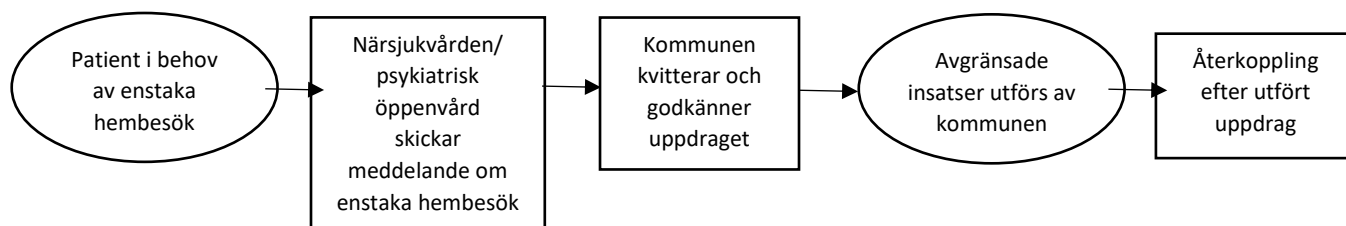
fall. Kommunens legitimerade personal utför endast ordinerade insatser och återkopplar till ordinerande vårdgivare.

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 *meddelande utanför vårdtillfälle* i Lifecare 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 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 kontakt behövs. Lifecare ska användas om ingen annan överenskommelse har gjorts.

Tid bokas in av öppenvårdsenheten för dialog/samordning, vilken meddelas sjuksköterska 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.

Utskrivningsplanering 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) dirigent 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 inför att *inskrivningsmeddelandet* skickas och samtidigt informeras patienten om att utskrivningsplaneringen startar.

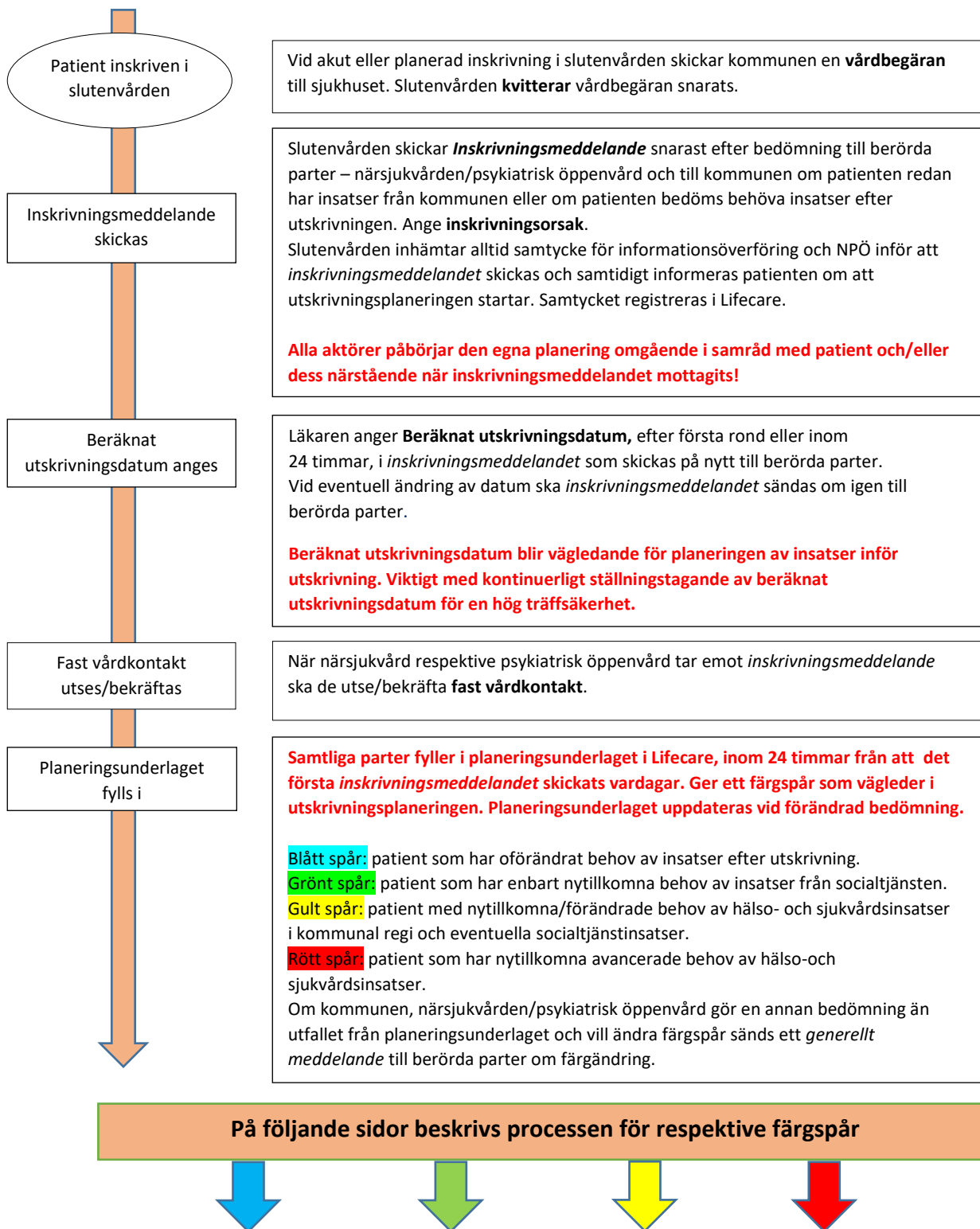
Om kommunen och närsjukvården/psykiatriska öppenvården gör en annan bedömning än vad utfallet från Planeringsunderlaget indikerar, kan de ändra beslut om färgspår. Den part som tagit beslut om ändring av färgspår ändrar övergripande färgspår.

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

Ansvärlig part bockar av punkterna i Lifecare efterhand de blir säkerställda/uppfyllda:

- 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 kräver en miljöbedömning och behov av montering innan ordination.
- 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 och särskilt nutritionsbehov, för 3 dygn efter utskrivning (anpassning i anslutning till helg).
- Slutenvården ger nödvändig information som egenvårdsbedömning eller omvårdsepikris, samt säkrar specifik kunskap hos mottagande part utifrån patientens hälso- och sjukvårdsbehov.

Utskrivningsprocess från slutenvård





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

Genomförande

Planeringsunderlaget utfaller som **blått spår** för patient:

- utan nytillkomna behov vid utskrivning som har insatser i kommunal regi sedan tidigare.
- som är inskriven i hemsjukvården eller har socialtjänstinsatser eller är boende i särskilt boende inklusive bostad med särskild service.
- 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.
- 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*.
- Att i dialog med kommunen 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 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 *patientinformation* 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. **OBS! beräknat utskrivningsdatum och planeringsunderlaget ska omgående uppdateras vid förändrad bedömning.**

Planeringsunderlaget i Lifecare ger ett **blått spår** som vägleder i utskrivningsplaneringen. Planeringsunderlaget uppdateras vid förändrad bedömning.

Slutenvården skickar *generellt meddelande* om vilket färgspår planeringsunderlaget resulterar i.

Kommunen ansvarar för att i samråd med patient och dennes närstående, samt slutenvården samordna för utskrivning.

Kommunen skickar ett *generellt meddelande* i Lifecare eller via telefon med information om utskrivning, dag och tid.

Datum för utskrivningsklar sänds av slutenvården 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.

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

Kommunen återkopplar till slutenvården via *patientinformation* i Lifecare om det finns ytterligare information som slutenvården behöver inför hemgång.

Utskrivningsmeddelande sänds av slutenvården samma dag som patienten skrivs ut.

Avbruten planering respektive om patient avlidit registreras i Lifecare.

Patient hemma



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

Genomförande

Planeringsunderlaget utfaller som **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.

Inför utskrivning från slutenvården genomförs en utskrivningsplanering 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.
- Informera patienten om, när och hur och i vilket syfte utskrivningsplaneringen görs.
- Kontakta närstående efter inhämtat samtycke från patienten om de ska delta på utskrivningsplaneringen, meddela datum, tid och plats.
- Datum för utskrivningsklar sänds till berörda parter den dag detta infaller som separat meddelande *utskrivningsklar*.
- Att lokal och utrustning vid videomöte finns tillgängligt när detta är aktuellt.
- Finnas som stöd för patienten och säkerställa tekniken i de fall utskrivningsplaneringen sker via video.
- Inhämta information av resultatet av utskrivningsplaneringen i *patientinformation* i Lifecare efter avslutad utskrivningsplanering.
- Att i dialog med kommunen 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 utskrivningsplanering.

- Återkoppla till slutenvården i ett *generellt meddelande* i Lifecare om när och hur utskrivningsplaneringen 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 när utskrivningsplaneringen, enligt överenskommelse om tid.
- Dokumentera i *patientinformation* i Lifecare resultatet av utskrivningsplaneringen, 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.

Grönt spår - Process vid nyttillkomna 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. **OBS! beräknat utskrivningsdatum och planeringsunderlaget ska omgående uppdateras vid förändrad bedömning.**

Planeringsunderlaget i Lifecare ger ett "grönt spår" färgspår.
Planeringsunderlaget uppdateras vid förändrad bedömning.

Slutenvården skickar *generellt meddelande* om vilket färgspår planeringsunderlaget resulterar i.

Kommunen ansvarar för att i samråd med patient och dennes närstående, samt slutenvården genomföra utskrivningsplaneringen.

Kommunen kontakter slutenvården via telefon eller *generellt meddelande* i Lifecare, senast dagen efter *generellt meddelande* mottagits, för information om utskrivningsplanering (dag, tid och hur).

Datum för utskrivningsklar sänds av slutenvården 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.

Utskrivningsplanering genomförs.

Kommunen återkopplar till slutenvården i *patientinformation* i Lifecare vad som beslutats på utskrivningsplaneringen samt när planerade insatser kan startas upp/hemgångsdatum.

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

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

Patient hemma



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

Genomförande

Planeringsunderlaget utfaller som **gult spår** för patient:

- med nytillkomna/förändrade behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet. Patienten kan även ha behov av socialtjänstinsatser.
- där SIP ska upprättas eller följas upp 1-5 dagar efter utskrivning.

För insatser från socialtjänsten krävs en ansökan från den enskilde.

Inför utskrivning från slutenvården genomförs en utskrivningsplanering 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.
- Informera patienten om, när, hur och i vilket syfte utskrivningsplaneringen ska äga rum.
- Bedöma om patientens behov genererar att mötet behöver ske fysiskt i stället för via video (se Rutin mötesform vid utskrivningsplanering).
- Lämna Patientguiden till patient alternativt hänvisa till informationen på 1177.se.
- Kontakta närstående efter inhämtat samtycke från patienten om de ska delta på utskrivningsplaneringen. Meddela datum, tid och plats.
- Datum för utskrivningsklar sänds till berörda parter den dag detta infaller som separat meddelande *utskrivningsklar*.
- Att lokal och utrustning för videomöte finns tillgängligt när detta är aktuellt.
- Finnas som stöd för patienten och säkerställa tekniken när utskrivningsplaneringen sker via video.
- Att legitimerad personal lämnar aktuell medicinsk information, rehabiliterings- och omvårdnadsbehov i början av utskrivningsplaneringen. 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 utskrivningsplaneringen i *patientinformation* i Lifecare efter avslutad utskrivningsplanering.
- Att i dialog med kommunen se till att kriterierna för *hemgångsklar* är säkerställda/uppfyllda inför att patienten ska skrivas ut.
- 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 utskrivningsplanering.

- Boka tid i gemensam tidbok för utskrivningsplanering. Beräknat utskrivningsdatum ska vara vägledande.
- Meddela slutenvården i ett *generellt meddelande* i Lifecare när och hur utskrivningsplaneringen 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 utskrivningsplaneringen ska genomföras via video.
- Dokumentera i *patientinformation* i Lifecare resultatet av utskrivningsplaneringen, 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.
- Om kommunen i dialog med patienten bedömer vid utskrivningsplaneringen att det inte behövs en samordning av insatserna, SIP i hemmet, utöver den utskrivningsplanering som är genomförd, skickar kommunen ett *generellt meddelande/meddelande utanför vårdtillfälle* till 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 sjuksköterska 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 utskrivningsplaneringen via *patientinformation* i Lifecare.
- för patient som sedan tidigare inte är inskriven i hemsjukvården initierar närsjukvården/psykiatrisk öppenvård en inskrivning i hemsjukvården via Lifecare, vilken slutförs innan utskrivning.
Se sidan 6 i denna rutin.
- Närsjukvården/psykiatrisk öppenvård skickar **kallelse till SIP innan utskrivning** för möte som sker i öppenvården snarast eller senast inom 5 dagar efter utskrivning.
 - ✓ Sänd kallelse via menyval, Skapa underlag (SIP) i Lifecare skickas före utskrivning. Välj *SIP upprättande i öppenvård*.
 - ✓ För patient som har en SIP sedan tidigare – gå via menyval - möte/skapa kallelse och välj *SIP uppföljning inom öppenvård*.
- 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.

Gult spår - Process för patient med nytilkomna/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. **OBS! beräknat utskrivningsdatum och planeringsunderlaget ska omgående uppdateras vid förändrad bedömning.**

Planeringsunderlaget i Lifecare ger ett "gult spår" som vägleder i utskrivningsplaneringen. Planeringsunderlaget uppdateras vid förändrad bedömning.

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

Slutenvården skickar *generellt meddelande* om vilket färgspår planeringsunderlaget resulterar i.

För patient som sedan tidigare *inte* är inskriven i hemsjukvården initierar närsjukvården/psykiatrisk öppenvård en inskrivning i hemsjukvården via Lifecare innan utskrivning, enligt samma rutin som när patienten är hemma.

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 och kontaktar eventuellt närstående.

Datum för utskrivningsklar sänds av slutenvården 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 ev. videoutrustning på plats när detta är aktuellt.
- Vid videoplanering, då kommunens representant inte närvarar fysiskt på vårdavdelningen, ska personal från slutenvården finnas som stöd för patienten och för att säkerställa att tekniken fungerar under mötet.

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

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

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

Närsjukvården/psykiatrisk öppenvård skickar *kallelse till SIP* för möte i patientens bostad/öppenvården som sker snarast eller senast inom 5 dagar efter utskrivning från slutenvården.

Patient hemma

Utskrivningsmeddelande sänds av slutenvården 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

Planeringsunderlaget som utfaller som **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 i hemmet, 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.

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), där närsjukvården/psykiatriska öppenvården har samordningsansvaret.

Nedan följer **exempel** på avancerade behov av hälso- och sjukvårdsinsatser med samordningsbehov 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.
- Palliativvård 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.
- 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 mötesform vid utskrivningsplanering).
- Lämna Patientguiden 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.
- 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.
- 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.
- 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 av SIP till berörda parter snarast!
- 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.
- 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.**

Planeringsunderlaget i Lifecare ger ett **"rött spår"** som vägleder i mötesplaneringen. Planeringsunderlaget uppdateras vid förändrad bedömning.

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

Slutenvården skickar *generellt meddelande* om vilket färgspår planeringsunderlaget resulterar i.

Efter samråd med patient och ev. närstående skickar närsjukvården/psykiatrisk öppenvård

Kallelse till möte för upprättande 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 och kontaktar eventuellt närstående.

Datum för utskrivningsklar sänds av slutenvården 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 när detta är aktuellt.
- Vid videoplanering, då närsjukvårdens/öppenvård psykiatris eller kommunens representant inte är på vårdavdelningen, ska personal från slutenvården finnas som stöd för patienten och för att säkerställa att tekniken fungerar under mötet.
- **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 ansvarar för mötet och 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.

Patient hemma

Utskrivningsmeddelande sänds av slutenvården 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.

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

Enligt Patientlagen ska fast vårdkontakt utses om personen begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Fast vårdkontakt ska vara en resurs i samordningen av vårdens insatser i samråd med berörd person och berörda aktörer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Fast vårdkontakt är en hälso- och sjukvårdspersonal och behöver inte vara en läkare.

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

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 utskrivningsplaneringen för att säkerställa/uppfylla det som krävs för att en patient ska kunna skrivas ut från slutenvården på ett tryggt och säkert sätt.

Ansvarig part bockar av punkterna i Lifecare efterhand de blir säkerställda/uppfyllda:

- 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.
- 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 och särskilt nutritionsbehov, för 3 dygn efter utskrivning (anpassning i anslutning till helg) .
- 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](#).

Psykiatrisk öppenvård

Specialistpsykiatrisk öppenvård behandlar svår psykisk ohälsa. Barn- och ungdomspsykiatri 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 utifrån bestämmelse i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen, 2 kap.7§ SoL och 16 kap. 4 § HSL.

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.

Utskrivningsplanering

Utskrivningsplaneringen sker utifrån patientens behov och förutsättningar. Patienten och närstående ska ges förutsättningar till ett aktivt deltagande. En utskrivningsplanering ska genomföras, efter samtycke, för patienter som har behov av planering för att säkerställa en trygg utskrivning. Inför utskrivning planerar mottagande parter i dialog med patienten för de insatser som behövs.