



Kungsbacka



Varbergs  
kommun



FALKENBERG  
*Hitta det här*



HYLTE



Halmstad



Laholm



BÄSTA LIVSPLATSEN

Region Halland

# Ny Anvisning och Samverkansrutin för vård- och omsorgsplanering i öppenvården och utskrivningsplanering från slutenvården

---

WEBBINARIUM 2020-10-09

DEL 2

# Vi som håller i utbildningen representerar samtliga parter

Åsa Rydberg och Pia Berglund

Hallands kommuner

Madelaine Gustafsson

Öppenvården - närsjukvård och psykiatri

Ingrid Kvist

Slutenvården – somatik och psykiatri



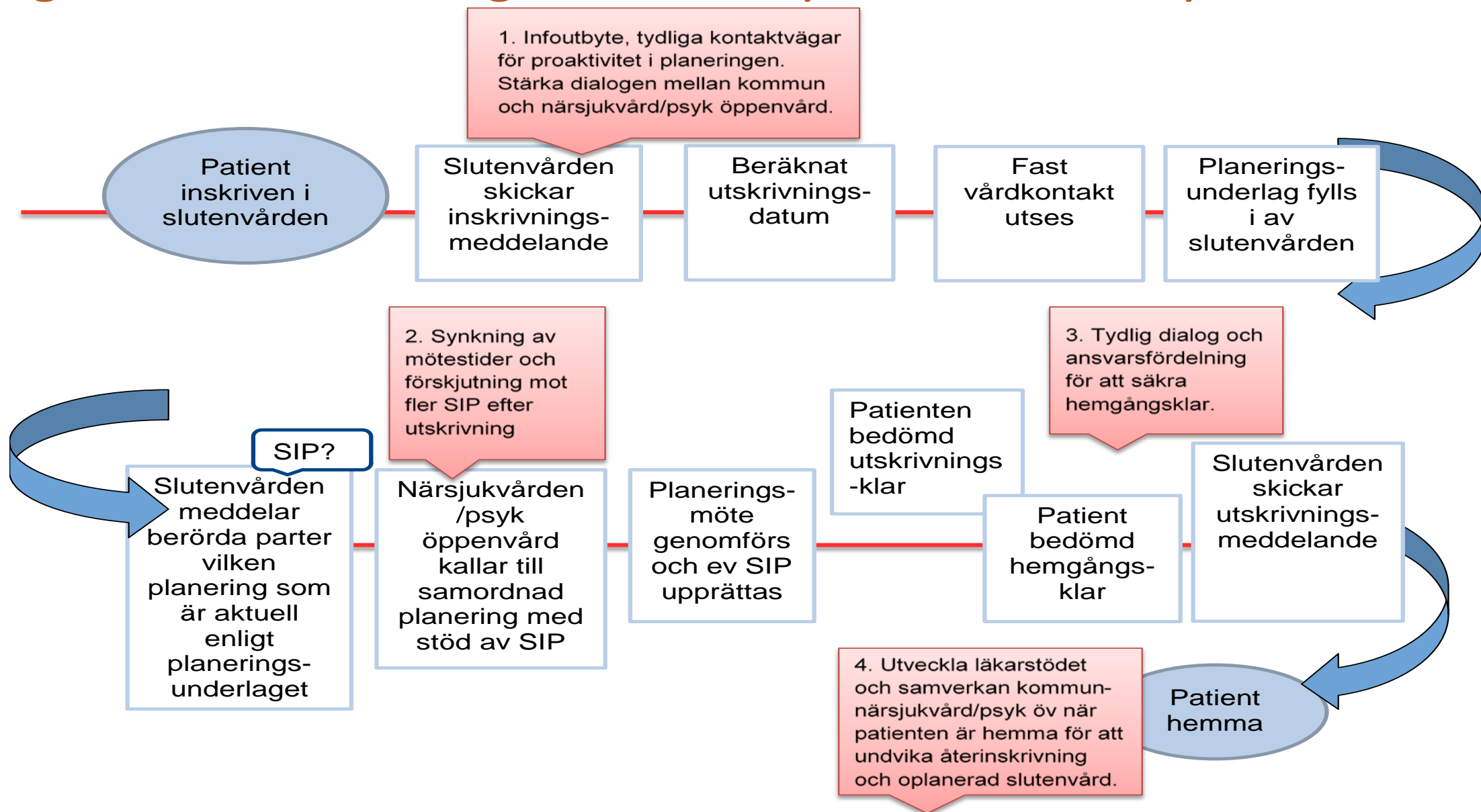
# Webbinarium – utbildningen i två delar


---

**Del 1:**  
vård- och omsorgsplanering i öppenvård

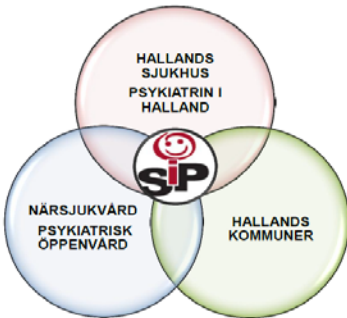
**Del 2:**  
utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

# Utgång från förbättringsområden i patientens vårdprocess



Gäller för: 

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




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

Sida 1 av 18

Riktlinje: Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård  
Fastställt av: Strategisk grupp Halland, Publicerad: 2017-10-13  
Huvudförfattare: Ingrid Kvist RK HALSO -OCH SJUKVÅRD

Dagens riktlinje har blivit två dokument

Gäller för: 


## Anvisning för Vård- och omsorgsplanering i öppenvård & Samverkan vid utskrivning från slutenvård för Hallands kommuner och Region Halland

Strategisk grupp ställt sig bakom  
framtaget dokument 2020-06-29  
Gäller fr.o.m. 2020-11-05

Sida 1 av 10

Anvisning: Vård- och omsorgsplanering i öv och Samverkan vid utskrivning från slutenvård

Anvisning som beskriver ansvar och uppdrag på en övergripande nivå

Gäller för: 

## 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

Sida 1 av 22

Rutin som mer detaljerat beskriver samarbetet kring patienten och stegen i processerna

# Syftet med utvecklat arbetssätt är att...

---



**underlätta samarbetet  
och samordningen  
mellan huvudmännen  
så att en god vård och omsorg  
säkerställs för patienten**

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



- ❑ Patientens **huvudsakliga vård bedrivs i öppenvård.**
- ❑ Förutsättningar skapas för ett **nära samarbete och ett gemensamt ansvar.**
- ❑ **Patienter och närstående** ges förutsättningar till ett **aktivt deltagande** utifrån den enskildes behov
- ❑ **Planeringsarbetet** rörande patienten kommer igång **tidigt under vårdtiden** i slutenvården.
- ❑ En **samordnad vård, stöd och omsorg** av god kvalitet säkerställs.
- ❑ 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.
- ❑ **Uppföljningen** av patientens vård och omsorg sker **kontinuerligt.**

# Del 2

## Utskrivning från slutenvård hälso- och sjukvård

### Innehåll

- ❑ Vad är nytt i utskrivningsprocessen som berör alla?
- ❑ Övergripande beskrivning av utvecklad utskrivningsprocess
- ❑ Från tre till fyra spår – kort beskrivning av respektive spår
- ❑ Nytt spår – gult spår - vad innebär det?
- ❑ Utveckling och förtydligande av ansvaret enligt hemgångsplan
- ❑ Vad är nytt och specifikt för respektive part?



# Vad är nytt i utskrivningsprocessen?

Utskrivning från  
sluten hälso- och  
sjukvård

**Tidig planering:** alla parter påbörjar den egna planeringen omgående då ett inskrivningsmeddelande skickats/mottagits.

**Utvecklat planeringsunderlag:** samtliga parter fyller i sin del snarast (inom 24 timmar vardagar dagtid) och uppdaterar vid förändring – avgörande för rätt färgspår och för att komma vidare i planeringen.

**Gult spår införs:** sommarspåret tas bort.

**Förtydligande av hemgångsklar:** och kommunen har fått ansvar för en punkt.

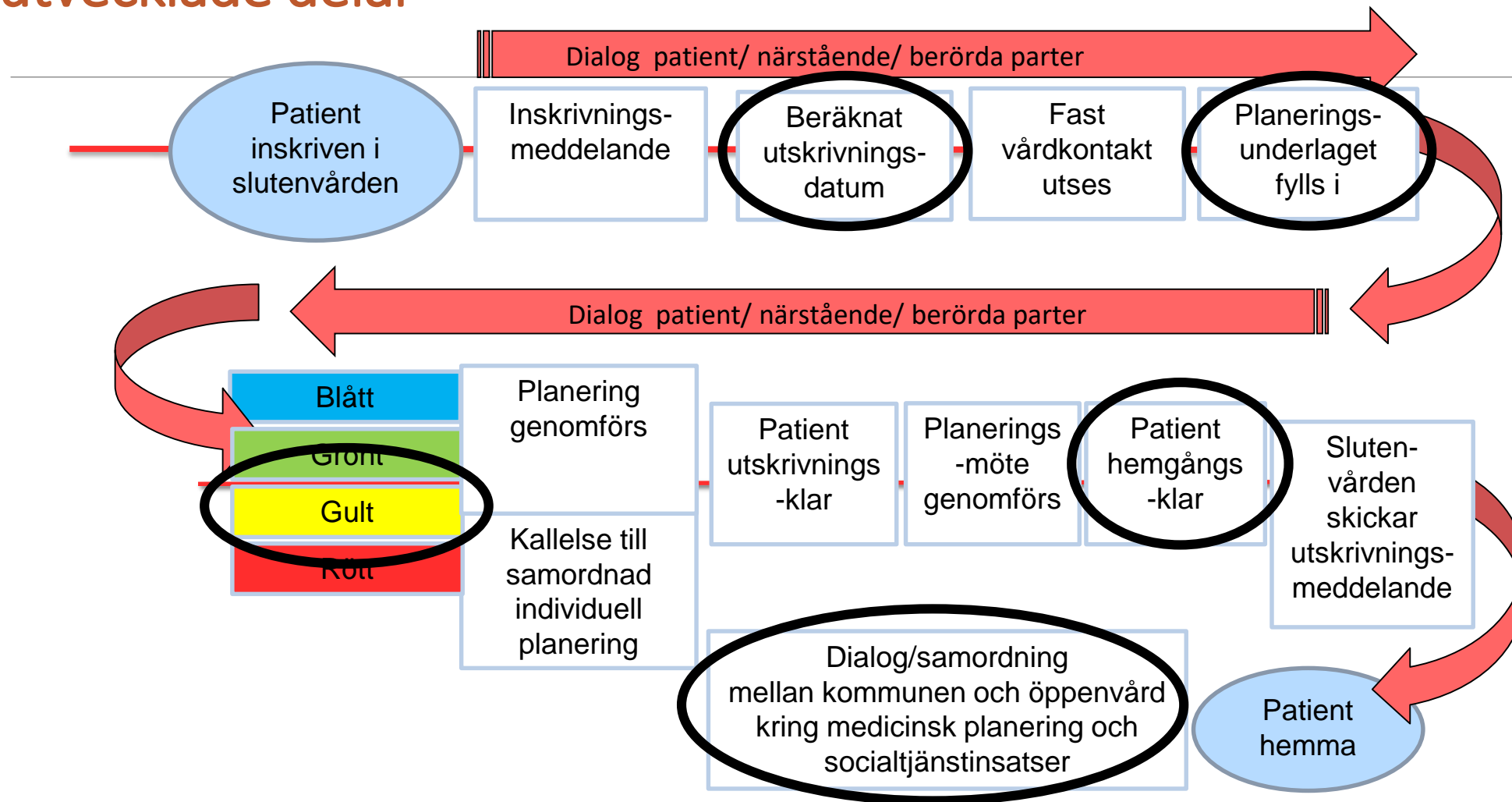
**Utskrivningsplanering:** för att säkerställa aktuella behov inför utskrivning och informationsutbytet mellan berörda parter.

**Färre SIP i slutenvården och fler i hemmet.**

# Översikt utskrivningsprocessen

Utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

## - utvecklade delar



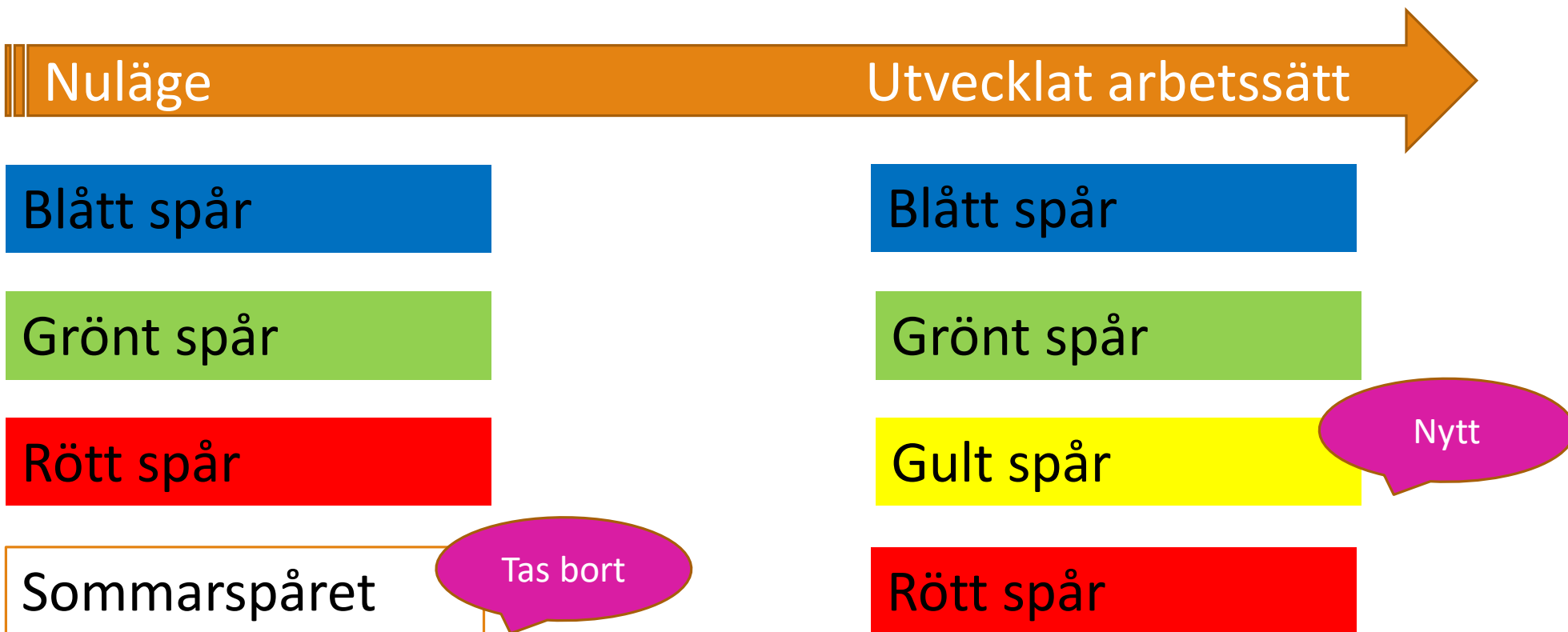
# Tidig planering

## Nya förutsättningar

---

- planeringsunderlaget har utvecklats och ska fyllas i av alla parter inom 24 timmar vardagar dagtid från att inskrivningsmeddelandet skickats/mottagits.
- patient och närstående ska involveras så snart som möjligt i planeringen för en bra delaktighet.
- kommunen ska ta kontakt direkt med patient när det är möjligt för att förbereda vad som behöver tas upp på planeringsmötet.

# Från 3 till 4 spår i Lifecare



# Från 3 till 4 spår i Lifecare

## Blått spår

oförändrat

- utan nyttillkomna 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.

## Grönt spår

oförändrat

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

# Från 3 till 4 spår i Lifecare

## Gult spår

### Nytt spår

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

## Rött spår

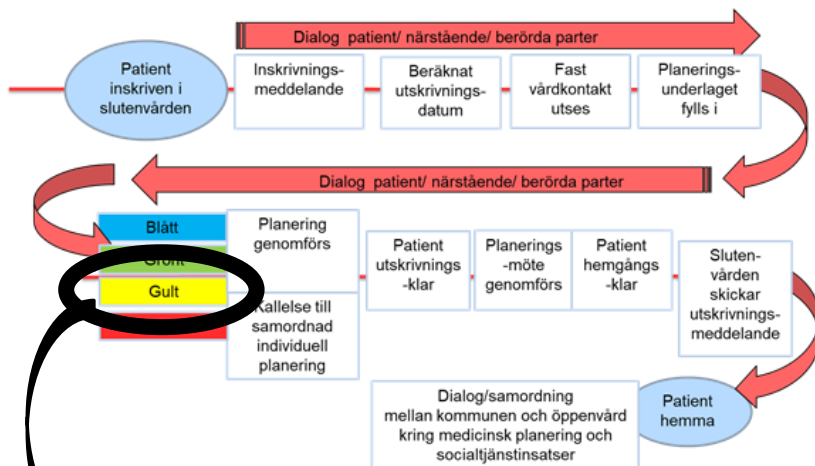
### Förändrad målgrupp

- 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.

## Nytt - Gult spår

- Gäller för patienter med nyttillkomna/förändrade behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet. Patienten kan även ha behov av socialtjänstinsatser.
- Patienten behöver inte vara inskriven i hemsjukvården sedan tidigare.
- Gult spår leder alltid till en utskrivningsplanering och ställningstagande till SIP i hemmet efter utskrivning.
- En ny SIP upprättas (eller den sedan tidigare pågående SIP följs upp) 1-5 dagar efter utskrivning. Mötet bokas in innan patienten skrivs ut från slutenvården.

# Vad är specifikt för gult spår ?



**Närsjukvården/psykiatrisk öppenvården** initierar inskrivning i hemsjukvården om hen inte är inskriven

**Kommunen** bokar och meddelar slutenvården dag och tid för utskrivningsplanering

**Slutenvården** meddelar patient och närstående

Kommunen ansvarar för mötet

**Utskrivningsplanering** genomförs

patient  
närstående  
kommun  
slutenvård  
deltar

**Kommunen** återkopplar via "Patientinformation" vad som beslutats på utskrivningsplaneringen.

**Huvudregel- Närsjukvården/psykiatrisk öppenvården** skickar kallelse till SIP som ska ske 1-5 dagar efter utskrivning

alternativ

**Kommunen** meddelar närsjukvården/psykiatrisk öppenvård om SIP i hemmet inte behövs.



# Hemgångsklar

## *nytt* – tagit bort punkter och förtydligat ansvaret

Utskrivning från  
sluten hälso- och  
sjukvård

### Nuvarande skrivning

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

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

# Utveckling hemgångsklar

Nuvarande skrivning	Ny formulering
<p>hjälpmedel för att klara toalettbesök och förflyttning inomhus ska vara tillgängliga för patienten, liksom aktuell läkemedelslista samt eventuell medicinteknisk utrustning</p>	<p><b>Slutenvården</b> 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 <i>Patientinformationen</i> i Lifecare.</p>
	<p><b>Kommunen</b> förskriver hjälpmedel för att klara toalettbesök och förflyttning inomhus i hemmet som innan ordination kräver en miljöbedömning eller behöver monteras.</p>
	<p><b>Slutenvården</b> lämnar aktuell läkemedelslista till patient vid utskrivning och säkerställer att läkemedelslistan är verkställd i NCS när patient lämnar avdelningen.</p>

# Utveckling hemgångsklar

Nuvarande skrivning	Ny formulering
<p>ordinerade läkemedel, specifikt hälso- och sjukvårdsmaterial och särskilt nutritionsbehov som sondnäring och näringsdrycker ska vara säkrat för tre dygn efter utskrivning (anpassning av antal dygn i anslutning till helg)</p>	<p><b>Slutenvården</b> skickar med <u>samtliga ordinerade läkemedel</u>, specifikt hälso- och sjukvårdsmaterial och särskilt nutritionsbehov, för 3 dygn efter utskrivning (anpassning i anslutning till helg).</p>
<p>nödvändig information och kompetens för patientens bedömda behov av fortsatt hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser ska ha överförts till de enheter som mottagit ett inskrivningsmeddelande</p>	<p><b>Slutenvården</b> ger nödvändig information som egenvårdsbedömning eller omvårdnadsepikris, samt säkrar <u>specifik kunskap hos mottagande part</u> utifrån patientens hälso- och sjukvårdsbehov.</p>

---

# Vad är nytt och specifikt för respektive part i utvecklad utskrivningsprocess?

## Nyheter specifikt för slutenvården

- ✓ Beräknat utskrivningsdatum blir det datum som vägleder/styr bokningen av utskrivningsplanering och därför ännu viktigare att fylla i och uppdatera vid förändringar.
- ✓ Fyller i sin del i planeringsunderlaget inom 24 timmar från att inskrivningsmeddelandet skickats och uppdateras vid förändrad bedömning, för att vägleda till rätt planering (spår).
- ✓ **Nytt** - ansvar att kontakta och informera närstående inför utskrivningsplaneringen om dag, tid och hur planeringen ska genomföras.
- ✓ Tydliggjort att legitimerad personal lämnar aktuell medicinsk information i rätt spår. Samma målsättning finns för gult spår.
- ✓ Gemensamt ansvar med kommunen att bocka i punkterna i hemgångsklar.

# Nyheter specifikt för närsjukvården och psykiatrisk öppenvård

- ✓ Närsjukvården/psykiatrisk öppenvård har dirigentpinnen i planeringen.
- ✓ Påbörja en tidig planering.
- ✓ Fyller i sin del i planeringsunderlaget inom 24 timmar dagtid vardagar från att inskrivningsmeddelandet mottagits.
- ✓ Gult spår - initierar inskrivning i hemsjukvården och kallar till SIP i hemmet innan utskrivning. Mötestiden ska vara inbokad 1-5 dagar efter utskrivning.

## Nyheter specifikt för kommunen

- ✓ Påbörja en tidig planering.
- ✓ Fyller i sin del i planeringsunderlaget inom 24 timmar dagtid vardagar från att inskrivningsmeddelandet mottagits.
- ✓ Bokar tid i gemensam tidbok för utskrivningsplanering och meddelar slutenvården när och hur utskrivningsplaneringen ska genomföras.
- ✓ Ansvarar för mötesagendan när utskrivningsplaneringen genomförs.
- ✓ Ansvarar för att bocka av punkt 2 i hemgångsklar.  
Kan bli aktuellt att starta med detta 29/10.

# Vad händer nu?

- ❑ **Start 5 november** - utvecklat arbetssätt enligt ny rutin.
- ❑ På Vårdgivarwebben hittar du – Anvisning, Samverkansrutin, filmer samt frågor och svar.
- ❑ Nätverk bildas nu inom respektive kommun – med representanter från samtliga parter för dialog kring hur utvecklad process fungerar.
- ❑ Uppföljning av avvikelser kommer att ske kontinuerligt.
- ❑ Stödmaterial för SIP och effektiva möten är på gång.





Tack för ditt deltagande!

Taktisk grupp senior