En bild som visar text, vindsnurra

Automatiskt genererad beskrivning**Implementering reviderad Samverkansrutin**

**Frågor och svar Reviderad Samverkansrutin hösten 2022**

Planeringsunderlaget

**Fråga: I Planeringsunderlaget ska ”Vet ej” helst vara tom, men tyvärr saknas ibland aktuell information om patient i närsjukvården. Eftersom patient redan är inneliggande så vet slutenvården det mesta om det aktuella läget för patient. Tänker att ”vet ej” då är ett bättre alternativ att fylla i än att råka fylla i ej aktuell information.**

Svar: Svara på de frågor som är möjliga att besvara utifrån information som   
går att hämta i journalen och som är relevant. Frågor om det aktuella läget   
för patienten svarar slutenvården på.

SIP - Samordnad individuell plan

**Fråga: Vem ansvarar för att förmedla tid och ev länk till patient/anhörig vid SIP i hemmet? Närsjukvården har ansvar för att kalla till SIP men det sker i Lifecare. Ska även tid och plats förmedlas till de som inte har tillgång till Lifecare?**

Svar: Text sidan 18 i Samverkansrutinen kommer att kompletteras med vem som skickar länk, vilket inte framgår.

Närsjukvården ansvarar för att skicka länk till berörda parter när mötet sker digitalt. Vill anhöriga vara med digitalt får en överenskommelse göras på vilket sätt de vill delta, via telefon eller videolänk som förmedlas av kommun eller närsjukvård.

Tid och plats ska förmedlas till deltagare som inte har Lifecare. Den part som har behörighet till Lifecare skriver/upprättar SIP i systemet och förmedlar den till parter som inte har behörighet. Kommunen säkerställer alltid tekniken hemma hos patienten.

**Fråga: Finns det någon tidsgräns för när SIP i hemmet ska ske?**

Svar: Nej, ingen tidsgräns finns kopplat till SIP i hemmet och gult spår. Enligt rutinen ska det planeras in i anslutning till att patient blir utskriven. Utgå från patientens förutsättningar/behov. Viktigt med avstämning mellan kommun och närsjukvård.

**Fråga: När SIP är upprättat ska närsjukvården skriva ut ett exemplar av denna SIP. Men vi skriver ju bara huvudmål och det är svårt att veta när övriga har fyllt i resten, så när ska detta exemplar skrivas ut?**

Svar: Vid upprättande av SIP (rött spår) i slutenvården skriver slutenvården ut ett exemplar till patienten i samband med utskrivning. Vid upprättande av SIP när patienten är hemma ansvarar närsjukvården/psykiatrisk öppenvård för att skriva ut ett exemplar till patienten. Överenskommelse på mötet behöver göras om när uppgifterna senast ska vara ifyllda av alla parter, vilket blir vägledande i när utskrift kan göras.

**Fråga: I Samverkansrutinen står det att kommunen skickar *generellt meddelande/meddelande utanför vårdtillfälle* till närsjukvården/psyk öppenvård för kallelse till SIP. Syftar det till att vi ska ha en helt ny SIP som kräver att vårdcentralen ska vara med? Patient är ju känd av hemsjukvården vid det laget. Hur tätt inpå ska detta vara?**

**I gult spår står det att SIP ska upprättas i hemmet efter utskrivning för nyinskrivna i hemsjukvården, är det detta som nu är uppföljning efter SIP på sjukhuset som kommunen ska göra efter ca 3 veckor, vilket sällan återkopplas till vårdcentralen?**

**Vidare står det att Närsjukvården säkerställer att patienten får ett utskrivet exemplar av upprättad SIP, då är det viktigt att kommunen skriver i Lifecare vilka insatser/vilken hjälp patienten behöver.**

Svar: Det upprättas ingen SIP inför utskrivning i gult spår, utan det görs en planering av insatser som beskrivs i vyn Patientinformation. Syftet med inrättande av gult spår år 2020 i Samverkansrutinen var en förskjutning mot mer god och nära vård och att närsjukvården kopplas på och involveras kring patient med samordnade behov av insatser först när de är utskrivna för en mer långsiktig planering och trygg patient. Det finns ingen tidsgräns kopplat till SIP i hemmet och gult spår. Enligt rutinen ska det planeras in i anslutning till att patient blir utskriven. Utgå från patientens förutsättningar/behov. Kommunen behöver stämma av med patient om och när det är aktuellt med SIP. Viktigt med avstämning mellan kommun och närsjukvård. När SIP är upprättad ska närsjukvården skicka ett utskrivet exemplar till patient.

**Fråga: Vad gäller SIP i hemmet efter gult spår så brukar detta inte leda till något eftersom allt redan är planerat vid UPL. Vad är det tänkt specifikt att vi ska ta upp där? Räcker det inte att kommun-ssk kontaktar oss om de har frågor efter UPL, så även anhöriga? Min upplevelse är att när vi skickat för SIP efter gult spår är det ingen som vet vad man ska prata om eftersom allt är planerat vid UPL.**

Svar: Patienten ska veta vad som är planerat och vem de ska vända sig till. Inte professionernas möte utan patientens och närståendes möte för att skapa trygghet. Tydliggör olika delar i de fortsatta insatserna och hur de ska ske. Upprättas också för en framförhållning och planering för att undvika behov av oplanerade vårdkontakter och återinskrivning.

**Fråga: Om nu många gula spår mynnar ut i en SIP i hemmet tänker jag att vårdcentralen skall delta på dessa. Är tanken då att det skall vara fast läkarkontakt eller vilken person skall vara tillgänglig. Har man pratat något om fler resurser till närsjukvården?**

Svar: Ligger i Fast vårdkontakts ansvar att delta i planeringen och genomförandet av insatser för aktuell patient. Vem som deltar på själva mötet kan vårdcentralen avgöra från fall till fall.  
I övergången till ny lagstiftning 2018 upprättades SIP för en större andel av patienterna inför utskrivning i vilka närsjukvården deltog, då gult spår inte hade utvecklats. Utveckling av gult spår är en utveckling mot mer god och nära vård där närsjukvården är en given part kring patienter med samordnade behov av insatser för att trygga patient och närstående, samt för att undvika oplanerade behov av vårdkontakter eller återinskrivning i slutenvård.

Rött spår

**Fråga: Närsjukvården ska ringa runt till VPL team i kommunen samt avdelning för att komma överens om en tid för VPL om det inte finns någon tid i gemensamma kalendern, detta känns oerhört svårt att kunna genomföra på ett smidigt sätt. Svårighet finns i att få tag på alla och man vet inte om alla kan det datum som man kommer överens om med den ena parten. Hur är det tänkt att detta ska kunna flyta på ett bra sätt? Kan man inte bara skicka ett meddelande via Lifecare till berörda parter?**

Svar: Förstår att det kan vara svårt att nå alla per telefon snabbt, men starta förslagsvis med att kontakta Trygg Hemgång när det gäller patienter som vårdas på Hallands sjukhus för att hitta en tid och koppla därefter in aktuell kommun.

**Fråga: Vid rött spår står det att planeringsunderlaget inte ska ändras, med undantag SÄBO boende. I förra veckan var det ett ärende som vi kunde göra om till gult spår då vi hade haft en SIP rött spår ca 1 vecka tidigare. Då beslutades bl.a. att vårdcentralens kurator skulle kontakta patient, läkemedelsövertag var redan beslutat m.m. Vårdcentralen behövde inte vara med denna gång vilket gjorde att fortsatt planering kunde göras fortare med patient. Hade detta kommit nu hade vi inte kunnat ändra detta spår. Kommunerna jobbar olika och är mer eller mindre flexibla. Det måste ju kunna föras en dialog om spåren.  Vad är det som gör att det inte går att ändra spåret?**

Svar: Patienter i rött spår är de mest sjuka och ska handläggas skyndsamt. Undantag kan finnas kopplat till alla spår, men utgångspunkten är skrivningen   
i Samverkansrutinen.

Fast vårdkontakt

**Fråga: Fast vårdkontakts ansvar och uppdrag har tagits upp, kan inte hitta vad som ändrats kring detta?**

Svar: Texten har enbart förtydligats och kompletterats.

**Fler frågor?**

Frågor på Reviderad Samverkansrutin kan skickas till [britta.engvall@regionhalland.se](mailto:britta.engvall@regionhalland.se). Regionala genomförandegruppen för Samverkansrutinen med representanter från samtliga kommuner i Halland, närsjukvården, Psykiatrin i Halland och Hallands sjukhus ansvarar för att besvara.