

In- och utskrivning av patienter i sluten hälso- och sjukvård

Samverkansrutin för kommunikation, informationsöverföring och
planering

Dokumentet är giltigt från 2017-11-17. Aktuell version beslutad av Länsledningen
2025-05-09 och gäller tills vidare.

Innehåll

Inledning.....	4
Definitioner.....	4
Sammanfattning av rutinens innehåll	5
Informationsöverföringssystem	5
Processen	6
Blanketten Socialt och medicinskt meddelande (bilaga 3).....	8
Information vid inskrivning.....	8
Egen planering under vårdtiden.....	9
Information under vårdtiden – upprättande av utskrivningsrapport	10
Information vid utskrivning.....	11
Meddelande om utskrivningsklar	11
Utskrivningsmeddelande	12
Information till patient.....	13
Faktiskt utskrivningsdatum i informationsöverföringssystem.....	13
Meddelande utanför vårdbegäran	13
Samordnad individuell plan (SIP) i informationsöverföringssystemet.....	14
Förberedelsefas.....	15
Genomförandefas	16
Avslutsfas	17
Fyra varianter av tillämpning av SIP	18
Avvikelsehantering.....	19
Interna rutiner.....	19

BILAGOR

Dokument som tillhör denna rutin

Bilaga 1	Samverkan vid utslussning av patienter från RPK (reviderad 2025-05-09)
Bilaga 2	Blanketter om Prator är ur funktion och för utomlänspatienter
Bilaga 3	Socialt och medicinskt meddelande (oförändrad version 2006-09-25)
Bilaga 4	Resultat av akut/jour/mottagningsbesök (oförändrad version 2006-09-25)
Bilaga 5	Samordnad individuell plan – Folder till patient med flera kontakter efter utskrivning (reviderad 2025-03-25)

RELATERADE DOKUMENT

Separata handlingar och stödmaterial oberoende av denna rutin.

- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Överenskommelse Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Avtal för övertagande av hemsjukvård mellan regionen och kommunerna
- Praktisk anvisning för hemsjukvård
- Läkemedelshantering vid utskrivning från sjukhus
- Utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse
- Bedömning av egenvård (överenskommelse samt rutin)
- Diverse stödmaterial om SIP från SKR

Revideringar

Följande revideringar har gjorts sedan dokumentets upprättande.

2025-05-09:

- Dokumenttiteln har förenklats (tidigare ”*Samverkansrutin mellan landsting och kommuner vid in- och utskrivning av patienter i sluten hälso- och sjukvård – kommunikation, information och planering med stöd av IT-systemet Prator*”).
- Prator har ersatts av systemneutral beskrivning. Ersätter därmed PM om utbyte av IT-system, daterad 2024-09-23.
- Rättspsykiatriska kliniken (RPK) omfattas av huvudrutinen vad gäller det gemensamma informationsöverföringssystemet. Processen för utslussning från RPK beskrivs som tidigare i bilaga 1.
- Bilaga 1 har uppdaterats i vissa processuella delar med anledning av att RPK går in i det gemensamma informationsöverföringssystemet. Även uppdatering av utgångna begrepp (ex. landsting) och redaktionella ändringar för språkregler, textflöde och tydlighet.
- Uppdateringar av utgångna begrepp, ex. landsting och SKL inklusive i bilaga 1 och 5. Även begreppet Biståndshandläggare har ersatts av Socialtjänstens handläggare.
- Avsnittet ”Lagar, föreskrifter, överenskommelser och avtal” har tagits bort. Fortsatt aktuell information har flyttats till avsnittet ”Relaterade dokument” medan hänvisningar till inaktuella skrifter har tagits bort.
- Hänvisning till separat rutin för utskrivningsinformation har tagits bort (rutin finns ej).
- Tidigare förtydligande om möjlighet att skifta samordningsansvarig för SIP har införlivats i dokumentet. Denna rutin ersätter därmed dokumentet ”*Förtydliganden av samordningsansvar för SIP*”, daterad 2018-02-21.
- Redaktionella ändringar för språkregler, textflöde och tydlighet.

Observera att denna revidering inte har inneburit några praktiska förändringar i hur rutinen omsätts i praktiken. Ändringar i bilaga 1 omfattar däremot förändringar i arbetssätt med anledning av RPK-verksamhetens ingång i det gemensamma informationsöverföringssystemet.

Inledning

Detta dokument beskriver Region Västernorrlands och Västernorrlands kommuners samverkansrutin för kommunikation, informationsöverföring och planering vid in- och utskrivning av patienter i slutna hälso- och sjukvård. Målgrupp för rutinen är patienter som efter utskrivning behöver insatser från kommunens socialtjänst, kommunens hälso- och sjukvård eller regionens öppna vård. Användare av rutinen är enheter inom regionen och kommunerna som är involverade vid in- och utskrivningsprocessen. Parallellt med denna rutin kan det finnas andra rutiner som berör målgruppen och behöver tillämpas vid in- och utskrivning från den slutna vården, exempelvis gällande läkemedelshantering etc.

För patienter som är inskrivna vid Rättspsykiatriska kliniken (RPK) gäller i vissa delar särskilda regler. Rutiner för utslussning från RPK hanteras därför i bilaga 1 till denna rutin. För enheter som inte är kopplade till det gemensamma informationsöverföringssystemet ska rutinen följas så långt det går i de delar som inte är systemrelaterade och i övrigt kan lokala rutiner förekomma.

Definitioner

Centrala begrepp i rutinen definieras enligt följande:

Hälso- och sjukvård: *Åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter.*

Kommun: *Hälso- och sjukvård eller socialtjänst i särskilt boende eller ordinärt boende med tillhörande biståndsbedömning.*

Menprövning: *Om en patient inte kan lämna samtycke kan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller annan högskoleutbildad yrkesgrupp utsedd av respektive berörda enheter, pröva om det står klart att det inte är till men för patienten eller dennes närstående att uppgifter om patienten lämnas ut, det vill säga en menprövning görs. Menprövning kan inte användas för att överpröva ett nekande till samtycke.*

Ordinärt boende: *Boende som inte är särskilt boende enligt definition. Innefattar eget boende i exempelvis villa, radhus eller lägenhet.*

SIP: *Samordnad individuell plan.*

Slutenvård: *Hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen/inskriven vid en vårdinrättning. Innefattar vårdavdelningar inom specialistsjukvården.*

Socialtjänst: *Insatser för en enskild enligt författningarna om socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade samt insatser enligt de särskilda författningarna om vård utan samtycke av unga eller av missbrukare.*

Särskilt boende (som insats): *Individuellt inriktad insats i form av boende som ges med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.*

Särskilt boende för äldre: *Boende som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för äldre personer med behov av särskilt stöd.*

Utskrivningsklar: *Patientens hälsotillstånd är sådant att den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården.*

Öppenvård: *Annan hälso- och sjukvård än slutenvård. Innefattar öppenvårds-mottagningar inom både specialistvården och primärvården.*

Sammanfattning av rutinens innehåll

För att främja personcentrering, och åskådliggöra vad vårdgivarna ska göra i praktiken, innefattar rutinen en övergripande visuell processbeskrivning av in- och utskrivningsprocessen ur både patientens och vårdgivarnas perspektiv. Detta genom att åskådliggöra var patienten befinner sig i processen när kommun, öppenvård och slutenvård genomför olika former av informationsöverföring och planering. Vidare finns en närmare beskrivning av de ingående delar i processen som åligger på enheter och roller att utföra. Exempelvis berörs tillvägagångssätt och ansvar för att:

- inhämta patientens samtycke för informationsutbyte,
- förmedla information via vårdbegäran, inskrivningsmeddelande, utskrivningsrapport, meddelande om utskrivningsklar och utskrivningsmeddelande,
- genomföra intern och gemensam planering (samordnad individuell planering) etc.

När SIP berörs i denna process är det med fokus på de patienter som blir utskrivna från den slutna vården och där fast vårdkontakt i den öppna vården är samordningsansvarig och bland annat kallar till möte. För dessa patienter sker även planering med stöd av IT-system för informationsöverföring.

Utifrån patientens situation, och för att underlätta en effektiv resursanvändning, kan de delar i processen som berör SIP tillämpas på olika sätt. För att underlätta tillämpning beskrivs fyra olika varianter av processen kallad blå, grön, gul och röd process.

Avslutningsvis beskrivs hur avvikelserapportering genomförs vid avvikelser från denna rutin och behov av interna rutiner.

Informationsöverföringssystem

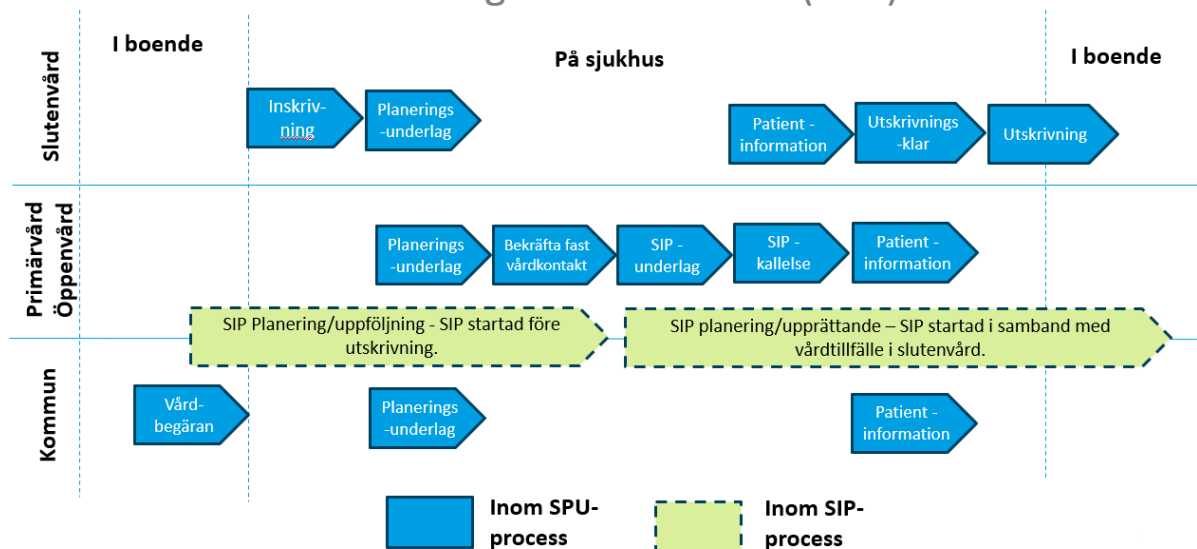
I samverkan vid in- och utskrivning används ett systemstöd för informationsöverföring mellan regionen och kommunerna. Varje huvudman är ansvarig för att upprätta det som krävs i systemet av verksamheten, exempelvis organisation, roller och behörigheter, samt säkerställa följsamhet till dess användning i den egna verksamheten.

Som reservrutin vid händelse av att informationsöverföringssystemet är ur funktion, samt för utomlänspatienter, gäller särskilda rutiner där separata blanketter ska användas och skickas till mottagaren, se bilaga 2. Vid dessa tillfällen måste även säkerställas att mottagarna informeras om detta samt klargöras hur blanketter ska skickas och att säkert mottagande kan ordnas. Exempelvis kan blanketter skickas via fax eller via e-post till funktionsbrevlåda om det bedöms vara säkert.

Processen

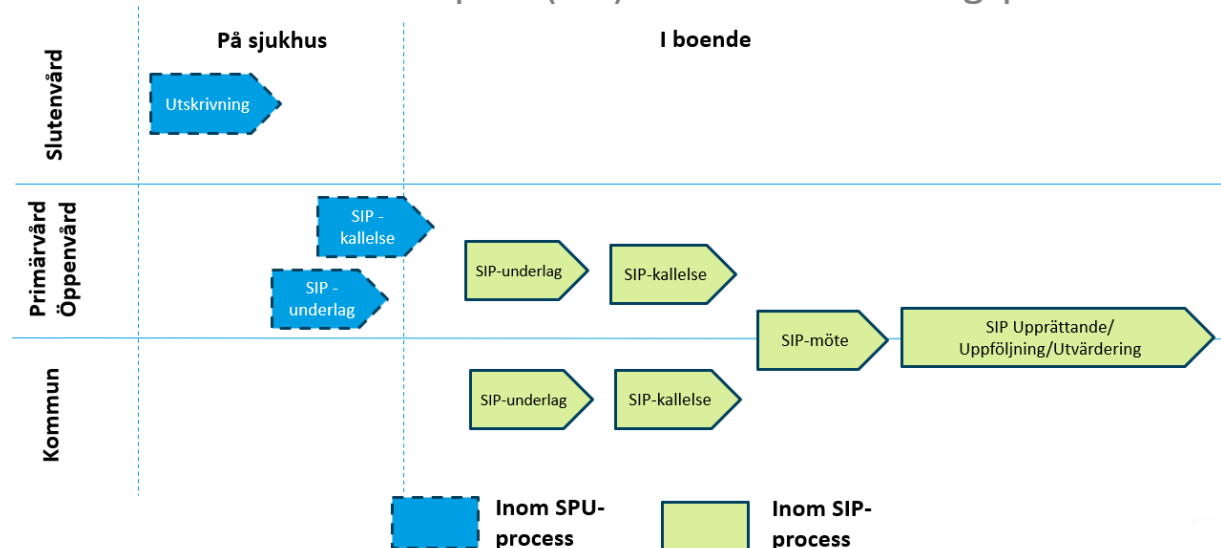
I nedanstående flödesschema visualiseras de olika stegen i processerna för utskrivning från slutenvård (SPU) och samordnad individuell plan (SIP) utanför utskrivningsprocessen. Processerna beskrivs mer ingående i efterföljande text.

Samverkan vid utskrivning från slutenvård (SPU)



Figur 1: Samverkan vid utskrivning från slutenvård (SPU)

Samordnad individuell plan (SIP) utanför utskrivningsprocessen



Figur 2: Samordnad individuell plan (SIP) utanför utskrivningsprocessen

Information inför bedömning av inskrivning

Kommunen upprättar vårdbegäran om patient och skickar inför eventuell inskrivning i slutenvård och innehåller följande uppgifter:

- Viktiga telefonnummer till enheter/aktörer
- Kontaktorsak
- Aktuellt hälsotillstånd
- Övrig information (exempelvis kommunala insatser om uppgift finns tillgänglig)

Mottagare i öppenvård tar del av vårdbegäran. Om patient inte blir inskriven i slutenvård genomför öppenvården följande återkoppling till kommunen eller annan öppenvård:

- Besvarar vårdbegäran om behov av svar finns.
- Upprättar blanketten ”Akut/jour/mottagningsbesök” och ny läkemedelslista vid läkemedelsförändringar. Dessa skickas med patienten hem.
- Gör sedvanlig journalföring i journalsystem som innebär att journaluppgifter blir tillgängliga för öppenvård och kommun via nationell patientöversikt (NPÖ).
- Upprättar och skickar remiss till öppenvården enligt gällande rutiner om behov finns.
- Muntlig rapportering till kommun eller öppenvård vid behov, exempelvis om patient behöver mötas upp i hemmet.

Vem utför	Vad ska göras
Sjuksköterska/ distriktssköterska i särskilt boende/ordinärt boende (Kommun)	• Upprättar och skickar vårdbegäran när en patient behöver söka sjukhusvård via akutmottagning. • Tar sedan del av - eventuellt svar på vårdbegäran, - blanketten ”Resultat av akut/jour/mottagningsbesök”, - eventuellt uppdaterad läkemedelslista och - eventuell muntlig rapportering om patient inte blir inskriven på vårdavdelning. • Skickar vidare svar på vårdbegäran till hälsocentralen eller psykiatrisk öppenvårdsmottagning om de berörs av svaret i vårdbegäran, men inte kommunen.
Sjuksköterska/läkare på akutmottagning (Öppenvård, regionen)	• Tar del av vårdbegäran (sjuksköterska). Om patient inte blir inskriven på vårdavdelning: • besvarar vårdbegäran (sjuksköterska), • upprättar blanketten ”Resultat av akut/jour/mottagningsbesök” (skickas med patient hem) • eventuell uppdaterad läkemedelslista (skickas med patient hem) • skickar remiss om behov finns, • genomför muntlig överrapportering om behov finns.
Sjuksköterska på vårdavdelning (Slutenvård, regionen)	Vid inskrivning: Tar del av vårdbegäran och kopplar den till inskrivningsmeddelande.
Berörd roll på hälsocentral/psykiatrisk öppenvårdsmottagning	Om patient inte blir inskriven på vårdavdelning, tar del av: • Blankett ”Resultat av akut/jour/mottagningsbesök”, • eventuell uppdaterad läkemedelslista,

<i>(Öppenvård, regionen)</i>	• eventuellt vidareförmedlat svar på vårdbegäran.
Andra berörda roller på särskilt boende/ordinärt boende <i>(Kommun)</i>	Om patient inte blir inskriven på vårdavdelning, tar del av: • Blankett "Resultat av akut/jour/mottagningsbesök" • eventuellt uppdaterad läkemedelslista.

Blanketten Socialt och medicinskt meddelande (bilaga 3)

Som standard ska vårdbegäran upprättas i aktuellt informationsöverföringssystem. I de undantagsfall som kommunen inte har möjlighet att upprätta en vårdbegäran inför bedömning av inskrivning i slutenvård ska blanketten "Socialt och medicinskt meddelande" upprättas och bifogas med patienten. När denna blankett används ska sedan en vårdbegäran upprättas och skickas i efterhand.

Information vid inskrivning

Om patient har pågående insatser, eller där det bedöms finnas behov av insatser, från kommunen eller den öppna vården efter utskrivning ska ett inskrivningsmeddelande skickas av den slutna vården. Inskrivningsmeddelandet skickas inom 24 timmar efter inskrivning, eller när behov identifierats i vårdförloppet, och innehåller följande uppgifter:

- Personuppgifter
- Preliminär utskrivningsdag
- Preliminär diagnos – Inskrivningsorsak (kräver samtycke)
- Samtycke för informationsöverföring och nationell patientöversikt (NPÖ)

Mottagare av inskrivningsmeddelande i öppenvård och kommun kvitterar sedan meddelande samtidigt som pågående insatser och fast vårdkontakt (från öppenvård) återkopplas i svar.

Samtycke för informationsöverföring och NPÖ under vårdperioden ska inhämtas av den slutna vården innan inskrivningsmeddelande skickas. Samtycket innefattar alla berörda yrkesroller inom den öppna och slutna vården samt kommunen. Patienten kan antingen ge samtycke till eller neka till informationsöverföring. Om patientens tillstånd inte medger att samtycke inhämtas kan en menprövning genomföras. Om samtycke till informationsöverföring inte medges kan ändå personnummer, namn och folkbokföringsadress lämnas. Ett samtycke kan när som helst återkallas eller uppdateras.

Vem utför	Vad ska göras
Läkare på vårdavdelning <i>(Slutenvård, regionen)</i>	Bedömer om behov av samordnade insatser kan komma att behövas efter utskrivning.
Sjuksköterska på vårdavdelning <i>(Slutenvård, regionen)</i>	Inhämtar samtycke och skickar inskrivningsmeddelande till berörda enheter inom kommun och hälsocentral/psykiatrisk öppenvårdsmottagning för att informera om att patient med pågående insatser, eller där det bedöms finnas ett behov av insatser efter utskrivning, har blivit inskriven på vårdavdelning.
Fast vårdkontakt på hälsocentral/psykiatrisk öppenvårdsmottagning <i>(Öppenvård, regionen)</i>	• Tar del av och kvitterar inskrivningsmeddelande, • besvarar vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som är pågående, • anger fast vårdkontakt.

	Observera: Förekommer flera fasta vårdkontakter inom den öppna vården samordnas fortsatta insatser mellan de berörda fasta vårdkontakterna. Om fast vårdkontakt finns på specialistmottagning behöver hälsocentralen/psykiatrisk öppenvårdsmottagning informera specialistmottagning om inskrivningsmeddelande. Detta eftersom specialistmottagningar inte kan ta del av inskrivningsmeddelande i informationsöverföringssystemet.
Socialtjänstens handläggare samt sjuksköterska/distriktssköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast och enhetschef på särskilt boende/ordinärt boende (Kommun)	• Tar del av och kvitterar inskrivningsmeddelande, • besvarar vilka insatser enligt HSL, SoL eller LSS som är pågående.

Egen planering under vårdtiden

Inskrivningsmeddelande ska initiera en planering av insatser inför utskrivning hos berörda enheter inom kommun, öppenvård och slutenvård. Viktigt är att planeringen påbörjas direkt i samband med att inskrivningsmeddelande skickats/tagits emot. Detta för att patienten ska kunna lämna den slutna vården på ett tryggt och säkert sätt och få sina efterföljande behov av insatser tillgodosedda. Exempelvis är hjälpmedelsförskrivning ett område där det är av vikt att planering påbörjas tidigt under vårdtiden.

Den egna planeringen dokumenteras i respektive organisations verksamhetssystem.

Underlag till den egna planeringen kan inhämtas från utskrivningsrapporten.

Vem utför	Vad ska göras
Berörda roller på hälsocentral/psykiatrisk öppenvårdsmottagning/specialistmottagning (Öppenvård, regionen)	Deltar i den egna planeringen och dokumenterar i relevant verksamhetssystem/journalsystem.
Berörda roller på vårdavdelning (Slutenvård, regionen)	Deltar i den egna planeringen och dokumenterar i relevant verksamhetssystem/journalsystem.
Socialtjänstens handläggare och berörda roller på särskilt/ordinärt boende (Kommun)	Deltar i den egna planeringen och dokumenterar i relevant verksamhetssystem/journalsystem.

Information under vårdtiden – upprättande av utskrivningsrapport

Upprättande av utskrivningsrapporten påbörjas snarast efter inskrivning och den uppdateras kontinuerligt av den slutna vården fram till utskrivningsmeddelande. Utskrivningsrapporten ska ge en samlad bild från den slutna vården av patientens diagnos och utförda behandlingar samt uppgifter som kan påverka behovet av vård, omsorg och stöd efter utskrivning.

Mottagande enheter inom den öppna vården och kommunen kan ta del av utskrivningsrapporten som input till den egna planeringen. När de sedan har läst informationen blir det synligt för den slutna vården. Alla roller som tar del av utskrivningsrapporten kan även använda extra meddelanden för att efterfråga mer information.

Vem utför	Vad ska göras
Läkare på vårdavdelning (<i>Slutenvård, regionen</i>)	Anger följande information i utskrivningsrapporten: - Status/aktuell medicinsk information - Utförda/planerade åtgärder - Vård under eget ansvar/egenvård (egenvårdsbedömning) - Om vårdansvaret ska kvarstå på specialistnivå samt för vilken diagnos
Sjuksköterska på vårdavdelning (<i>Slutenvård, regionen</i>)	Anger följande information i utskrivningsrapporten: - Utförda/Planerade åtgärder - Aktivitetsförmåga/funktionsförmåga - Övrigt, bl.a. om den slutna vården rekommenderar röd process för fortsatt planering (SIP på sjukhus)
Arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast på vårdavdelning (<i>Slutenvård, regionen</i>)	Anger följande information i utskrivningsrapporten: - Aktivitets och funktionsbedömning (utifrån yrkesprofession) - Planerade åtgärder
Fast vårdkontakt på hälsocentral/ psykiatrisk öppenvårds-mottagning (<i>Öppenvård, regionen</i>)	Tar del av och kvitterar utskrivningsrapport.
Läkare på hälsocentral/ psykiatrisk öppenvårds-mottagning (<i>Öppenvård, regionen</i>)	Tar del av och kvitterar utskrivningsrapport.
Socialtjänstens handläggare samt sjuksköterska/distriktssköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/ sjukgymnast och enhetschef på särskilt boende/ordinärt boende (<i>Kommun</i>)	Tar del av och kvitterar utskrivningsrapport.

Information vid utskrivning

En patient är utskrivningsklar när behandlande läkare gör bedömningen att personen inte längre behöver vård inom den slutna vården.

Meddelande om utskrivningsklar

Meddelandet om utskrivningsklar skickas av den slutna vården till mottagande enheter inom den öppna vården och kommunen. Utskrivningsklardatum kan sedan inte dateras bakåt i tiden. Om patientens tillstånd förändras så att den behandlande läkaren bedömer att patienten inte längre är utskrivningsklar makuleras utskrivningsklar och meddelas till berörda enheter i den öppna vården och kommunen. Meddelande om utskrivningsklar används även som en parameter vid beräkning av eventuellt betalningsansvar.

Vem utför	Vad ska göras
Läkare på vårdavdelning (Slutenvård, regionen)	Bedömer utskrivningsklar och eventuell makulering av utskrivningsklar.
Sjuksköterska på vårdavdelning (Slutenvård, regionen)	Anger följande information i meddelande om utskrivningsklar: - Utskrivningsdatum - Datum om patient avlidit Eventuell makulering av meddelande om utskrivningsklar.
Fast vårdkontakt på hälsocentral/ psykiatrisk öppenvårds-mottagning (Öppenvård, regionen)	Tar del av och kvitterar meddelande om utskrivningsklar. Observera: Förekommer flera fasta vårdkontakter inom den öppna vården samordnas fortsatta insatser mellan de berörda fasta vårdkontakterna. Om fast vårdkontakt finns på specialistmottagning behöver hälsocentralen/psykiatrisk öppenvårdsmottagning informera specialistmottagning om utskrivningsklar. Detta eftersom specialistmottagningar inte kan ta del av meddelande om utskrivningsklar (och efterföljande utskrivningsmeddelande) i informationsöverföringssystemet.
Socialtjänstens handläggare samt sjuksköterska/ distriktssköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/ sjukgymnast och enhetschef på särskilt boende/ordinärt boende (Kommun)	Tar del av och kvitterar meddelande om utskrivningsklar.

Utskrivningsmeddelande

Efter att den slutna vården meddelat utskrivningsklar skapar man ett utskrivningsmeddelande som skickas till mottagande enheter inom den öppna vården och kommunen. Vid denna tidpunkt ska även hjälpmedel, medicinteknisk utrustning och läkemedel som behövs i hemmet i direkt anslutning till patientens hemgång vara säkrade av slutenvården och tillgängliga för patienten.

Temporära lösningar kan tillämpas i avvaktan på ordinarie lösningar, d.v.s. lösningar som gör att patienten kan klara sig hemma fram till att förskrivet hjälpmedel finns på plats.

Utskrivningsmeddelande eftersträvas att skickas senast dagen innan patienten ska lämna den slutna vården. Om patientens tillstånd förändras så att den behandlande läkaren bedömer att patienten inte längre är utskrivningsklar, och utskrivningsmeddelande är skickat, makuleras både utskrivningsklar och utskrivningsmeddelande och meddelas till berörda enheter i öppenvård och kommun.

Vem utför	Vad ska göras
Sjuksköterska på vårdavdelning (Slutenvård, regionen)	• Anger följande information i utskrivningsmeddelande - Datum för utskrivningsmeddelande - Datum om patient avlidit - Eventuell makulering av utskrivningsmeddelande - Utförda omvårdnadsåtgärder - Eventuell mottagande/jourhavande sjuksköterska som är informerad per telefon om hemgång (kontaktad person) • Skriver ut och skannar in utskrivningsrapporten i patientjournalen. Observera: Då utskrivningsrapporten blir låst i samband med utskrivningsmeddelande är det viktigt att den slutna vården säkrar att rapporten är aktuell och uppdaterad. Detta eftersom den utgör den slutliga informationsöverföringen till kommun och öppenvård.
Fast vårdkontakt på hälsocentral/ psykiatrisk öppenvårdsmottagning (Öppenvård, regionen)	Tar del av och kvitterar utskrivningsmeddelande.
Socialtjänstens handläggare samt sjuksköterska/distriktssköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/ sjukgymnast och enhetschef på särskilt boende/ordinärt boende (Kommun)	Tar del av och kvitterar utskrivningsmeddelande.

Övrig kommentar

Förmedling av läkemedelslista och ev. läkemedelsförändringar regleras i rutinen

Läkemedelshantering vid utskrivning från sjukhus.

Information till patient

Vid utskrivning ska den slutna vården ge patienten en sammanfattning av den vård och behandling som getts under vårdtiden. Finns tillgängliga uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt i den öppna vården, tidpunkt för genomförande av SIP-möte och befintliga planer för kommunens och den öppna vårdens insatser efter utskrivning förmedlas även dessa uppgifter. Ambitionen är att den slutna vården ska kunna ge patienten en samlad information om vad olika enheter planerat.

Vem utför	Vad ska göras
Berörda roller på vårdavdelning (Slutenvård, regionen)	Ger information till patient.

Faktiskt utskrivningsdatum i informationsöverföringssystem

När patienten blivit utskriven registrerar den slutna vården faktiskt utskrivningsdatum. Uppgiften finns tillgänglig för den öppna vården och kommunen, men används i huvudsak som en parameter för beräkning av eventuellt betalningsansvar.

Vem utför	Vad ska göras
Sjuksköterska inom vårdavdelning (Slutenvård, regionen)	Anger faktiskt utskrivningsdatum.

Meddelande utanför vårdbegäran

Meddelande utanför vårdbegäran används för information som inte ryms inom ramen för andra meddelanden. Patientrelaterad journalinformation ska däremot i första hand dokumenteras i utskrivningsrapporten.

Vem utför	Vad ska göras
Sjuksköterska inom vårdavdelning (Slutenvård, regionen)	• Anger följande information i meddelande utanför vårdbegäran: - Eventuell ändring av tid för preliminär utskrivningsdag i inskrivningsmeddelande - Information som rör patientens hemgång (tex. att närstående hämtar, leverans av hjälpmedel etc.) • Tar del av och kvitterar meddelanden från andra roller.
Arbetsterapeut, fysioterapeut/ sjukgymnast inom vårdavdelning (Slutenvård, regionen)	• Anger följande information i meddelande utanför vårdbegäran: - Information som rör patientens hemgång (tex. att närstående hämtar, leverans av hjälpmedel etc.) • Tar del av och kvitterar meddelanden från andra roller.
Fast vårdkontakt på hälsocentral/ psykiatrisk öppenvårdsmottagning (Öppenvård, regionen)	• Anger följande information i meddelande utanför vårdbegäran: - Eventuell fråga om mer information i utskrivningsrapport - Val av process för fortsatt planering (blå, grön,

	- gul eller röd) - Tidpunkt för SIP - Kontaktuppgifter till fast vårdkontakt, sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut på hälsocentral/psykiatrisk öppenvårdsmottagning. • Tar del av och kvitterar meddelanden från andra roller.
Läkare på hälsocentral/psykiatrisk öppenvårdsmottagning (Öppenvård, regionen)	• Anger följande information i meddelande utanför vårdbegäran: - Eventuell fråga om mer information i utskrivningsrapport • Tar del av och kvitterar meddelanden från andra roller.
Socialtjänstens handläggare samt sjuksköterska/ distriktssköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/ sjukgymnast och enhetschef på särskilt boende/ordinärt boende (Kommun)	• Anger följande information i meddelande utanför vårdbegäran: - Kontaktuppgifter - Eventuell fråga om mer information i utskrivningsrapport - Eventuell information om möjligheter till hemtagning • Tar del av och kvitterar meddelanden från andra roller.

Samordnad individuell plan (SIP) i informationsöverföringssystemet

När en patient bedöms vara i behov av insatser från både kommun och den öppna vården efter utskrivning ska en SIP vanligtvis genomföras mellan berörda enheter, givet att patienten ger sitt samtycke. Kallelse till SIP ska skickas av den fasta vårdkontakten i den öppna vården senast tre dagar efter att den slutna vården har meddelat att patienten är utskrivningsklar. Om en patient har flera fasta vårdkontakter i den öppna vården har de involverade en dialog om vem som ska ha kallelseansvaret utifrån patientens fortsatta vårdbehov och uppfattning, men att alla deltar i planeringsarbetet.

Vid SIP utförs arbetet i tre faser: förberedelse, genomförande och avslut. Förberedelsefasen påbörjas när patienten vårdas i den slutna vården och avslutsfasen sker när patienten är åter i hemmet. Genomförandefasen, där ett möte mellan patienten och involverade enheter från kommun, öppenvård och slutenvård är centralt, kan antingen ske när patienten är åter i hemmet eller vårdas i den slutna vården.

För merparten av patienterna är det troligtvis mer lämpligt att genomförandefasen sker efter utskrivning från den slutna vården när patientens hälsotillstånd och behov på lite längre sikt blivit tydligare. Samtidigt kan det för vissa patienter med komplexa framtida behov av insatser vara nödvändigt att genomförandefasen görs innan patienten lämnar den slutna vården för att kunna hantera behov av omedelbara insatser efter utskrivning.

Förberedelsefas

Förberedelsefasen består av följande steg för varje patient (inkl. anhöriga):

- Initiativ; förarbete om ärende där det bedöms finnas behov av SIP
- Kartläggning; enligt SBAR (situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation)
- Kallelse till planering; kallelse till möte (mötesform, plats, datum och starttid)

Vem utför	Vad ska göras
Fast vårdkontakt på hälsocentral/ psykiatrisk öppenvårdsmottagning/ specialistmottagning (<i>Öppenvård, regionen</i>)	Initiativ: - Skickar ett första meddelande med initiativorsak till tänkbara deltagare i en SIP - Initiativtagare blir samordningsansvarig för fortsatt planering, men kan bytas till annan roll senare i planeringen. Kartläggning: - Genomför kartläggning enligt SBAR med stöd av information från bland annat utskrivningsrapport. Kallelse till planering: - Kallar deltagare till möte där mötesform, plats, datum och starttid anges.
Berörda roller på hälsocentral/ psykiatrisk öppenvårdsmottagning/ specialistmottagning (<i>Öppenvård, regionen</i>)	Initiativ: - Kvitterar meddelande eller tar bara del av meddelande om det är för kännedom Kallelse till planering: - Kvitterar kallelse (om den inte bara är för kännedom) - Accepterar eller nekar kallelse.
Socialtjänstens handläggare eller berörda roller på särskilt boende/ordinärt boende (<i>Kommun</i>)	Initiativ: - Kvitterar meddelande eller tar bara del av meddelande om det är för kännedom Kallelse till planering: - Kvitterar kallelse (om den inte bara är för kännedom) - Accepterar eller nekar kallelse.
Berörda roller på vårdavdelning (<i>Slutenvård, regionen</i>)	Initiativ: - Kvitterar meddelande eller tar bara del av meddelande om det är för kännedom Kallelse till planering: - Kvitterar kallelse (om den inte bara är för kännedom) - Accepterar eller nekar kallelse.

Förtydligande om samordningsansvarig för SIP

Som samordningsansvarig anges initialt (enligt ovan) den fasta vårdkontakten. Samordningsansvarig kan därefter skifta efter det första SIP-mötet i genomförandefasen. En viktig del i det första mötet är därför att bestämma hur fortsatt uppföljning och samordning ska genomföras samt att byta samordningsansvarig i informationsöverföringssystemet om det är aktuellt. Vem som är bäst lämpad att vara samordningsansvarig efter det första mötet grundas i vilken personal som har bäst förutsättningar att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (d.v.s. personal som är central i den fortsatta hälso- och sjukvården eller sociala omsorgen). Om en patient enbart har hemsjukvårdsinsatser är det troligtvis lämpligt att någon yrkesroll inom kommunen övertar samordningsansvar efter det första mötet. Patienten ska även vara delaktig i processen och dennes önskemål om vem som ska vara samordningsansvarig ska tillgodoses så långt det är möjligt. Vem som är samordningsansvarig för SIP behöver alltså inte jämföras med vem som är fast vårdkontakt.

Övriga kommentarer

När initiativ tas för en SIP i den in- och utskrivningsprocess som beskrivs i denna rutin finns samtycke redan inhämtat i samband med inskrivningsmeddelande. I de fall som initiativ tas utanför denna process behöver samtycke inhämtas.

Kallelse till deltagare som ej har tillgång till informationsöverföringssystemet hanteras manuellt.

Vid dialog med patient/anhöriga kan informationsfolder delas ut, se bilaga 5.

Genomförandefas

Genomförandefasen består av följande delar för varje patient (inkl. anhöriga):

- Klargöra faktiska deltagare vid möte.
- Skapa patientcentrerade och verksamhetsrelaterade mål och aktiviteter vid möte samt klargöra när/hur de ska följas upp. Det kan finnas ett eller flera mål och under varje mål finns en eller flera aktiviteter för aktuella deltagare. Denna del tydliggör därigenom vad de aktuella deltagarna ska göra.

Vem utför	Vad ska göras
Fast vårdkontakt på hälsocentral/ psykiatrisk öppenvårdsmottagning/ specialistmottagning (Öppenvård, regionen)	Leder möte och dokumenterar utfall från möte (i informationsöverföringssystem och verksamhetssystem/journalsystem)
Berörda roller på hälsocentral/ psykiatrisk öppenvårdsmottagning/ specialistmottagning (Öppenvård, regionen)	Deltar vid mötet och dokumenterar utfall från mötet i aktuellt verksamhetssystem/journalsystem.
Berörda roller på vårdavdelning (Slutenvård, regionen)	Deltar vid mötet och dokumenterar utfall från mötet i aktuellt verksamhetssystem/journalsystem.
Socialtjänstens handläggare och berörda roller på särskilt boende/ordinärt boende (Kommun)	Deltar vid mötet och dokumenterar utfall från mötet i aktuellt verksamhetssystem/journalsystem.

Övrig kommentar

Om det uppstår större förändringar i patientens behov efter att genomförandefasen är slutförd behöver inte initieringsfasen tas om utan genomförandefasen kan starta om.

Själva tillvägagångssättet vid genomförande av möte och framtagning av planens ingående mål och aktiviteter finns närmare beskrivet i länets separata överenskommelse om SIP samt i stödmaterial från Sveriges kommuner och regioner (SKR) där även målgruppsanpassat material finns att tillgå.

Avslutsfas

Avslutsfasen består av följande steg för varje patient (inkl. anhöriga):

- Kallelse till utvärdering; kallelse till möte (mötesform, plats, datum och starttid)
- Utvärdering av plan; utvärdering av plan utifrån uppsatta mål och aktiviteter.

Avslutsfasen sker när patient inte längre är i behov av insatser enligt planen.

Vem utför	Vad ska göras
Fast vårdkontakt på hälsocentral/ psykiatrisk öppenvårdsmottagning/ specialistmottagning (<i>Öppenvård, regionen</i>)	Kallelse till utvärdering: - Kallar deltagare till möte där mötesform, plats, datum och starttid anges. Utvärdering av plan: Deltar vid möte och dokumenterar dess utfall i informationsöverföringssystem och journalsystem.
Berörda roller på hälsocentral/ psykiatrisk öppenvårdsmottagning/ specialistmottagning (<i>Öppenvård, regionen</i>)	Kallelse till utvärdering: - Kvitterar kallelse, om den inte bara är för kännedom, - Accepterar eller nekar kallelse. Utvärdering av plan: Deltar vid möte och dokumenterar dess utfall i aktuellt verksamhetssystem/journalsystem.
Socialtjänstens handläggare eller berörda roller på särskilt boende/ordinärt boende (<i>Kommun</i>)	Kallelse till utvärdering: - Kvitterar kallelse, om den inte bara är för kännedom, - Accepterar eller nekar kallelse. Utvärdering av plan: Deltar vid möte och dokumenterar dess utfall i aktuellt verksamhetssystem/journalsystem.

Fyra varianter av tillämpning av SIP

I föregående avsnitt berörs SIP, och dess ingående faser, i in- och utskrivningsprocessen. Beroende på patientens situation, och för att använda resurser kostnadseffektivt, kan däremot tillämpningen av SIP och dess faser skilja. För att underlätta tillämpning beskrivs nedan fyra olika varianter av processen; s.k. blå, grön, gul och röd process.

Blå process

- Känd patient med enbart socialtjänst eller permanent boende på särskilt boende.
- Ingen fas kopplat till SIP behöver genomföras.
- För vissa patienter på särskilt boende kan däremot behov göra att de hör till röd process.

Grön process

- Känd patient med oförändrade behov av insatser (socialtjänst och hälso- och sjukvård).
- Finns en tidigare SIP behöver ingen ny genomföras.
- Finns ingen tidigare SIP behöver en sådan genomföras.

Kallelse till SIP sker inom tre dagar. Genomförandefasen (mötet) sker inom 7-30 dagar efter utskrivning från den slutna vården.

Gul process

- Känd patient med förändrade behov av insatser eller okänd patient med nya behov av insatser.
- SIP behöver genomföras.

Genomförandefasen (mötet) sker inom 1-6 dagar efter utskrivning från den slutna vården.

Röd process

- Känd patient med förändrade behov av insatser eller okänd patient med nya behov av insatser som bedöms vara av komplicerad karaktär, exempelvis kräver utbildningsinsatser hos kommun eller öppenvård.
- SIP behöver genomföras.

Genomförandefasen (mötet) sker under vårdtiden i den slutna vården.

Kallelse till SIP ska enligt lag skickas av den fasta vårdkontakten i den öppna vården senast tre dagar efter att den slutna vården har meddelat att patienten är utskrivningsklar. För den röda processen är det dock eftersträfvansvärt att kallelse skickas så fort som patientens omfattande behov identifierats då genomförandefasen (mötet) ska ske innan utskrivning från den slutna vården. Fast vårdkontakt gör bedömning av relevant process och meddelar valet i extra meddelande och den slutna vården kan rekommendera röd process genom att meddela detta i utskrivningsrapporten.

Avvikelsehantering

Om en enhet anser att det har skett en avvikelse i denna samverkansrutin ska det rapporteras i den egna verksamhetens avvikelssystem. Avvikelse förmedlas sedan till berörd enhet som besvarar avvikelserna.

Interna rutiner

Verksamhetschefer inom kommun samt regionens öppna vård och slutna vård ansvarar för att säkra tillämpning av denna samverkansrutin och konkretisera dess genomförande i interna rutiner där det bedöms som nödvändigt. Exempelvis kan interna rutiner beröra följande områden:

- Bevakning av ärenden i informationsöverföringssystemet som säkrar att meddelanden och rapporter tas fram och är aktuella.
- Praktiskt genomförande av SIP-möte som involverar öppenvård, kommun och ev. slutenvård, t.ex. hur ska mötestider fastställas och vilka roller deltar vanligtvis etc.
- Kontakt/samverkan mellan fast vårdkontakt i öppenvård och berörda roller/team i kommunen.
- Praktisk förmedling av information och informationsöverföring från slutenvård till patient, öppenvård och kommun.
- Kontakt/samverkan vid flera fasta vårdkontakter i öppenvård.