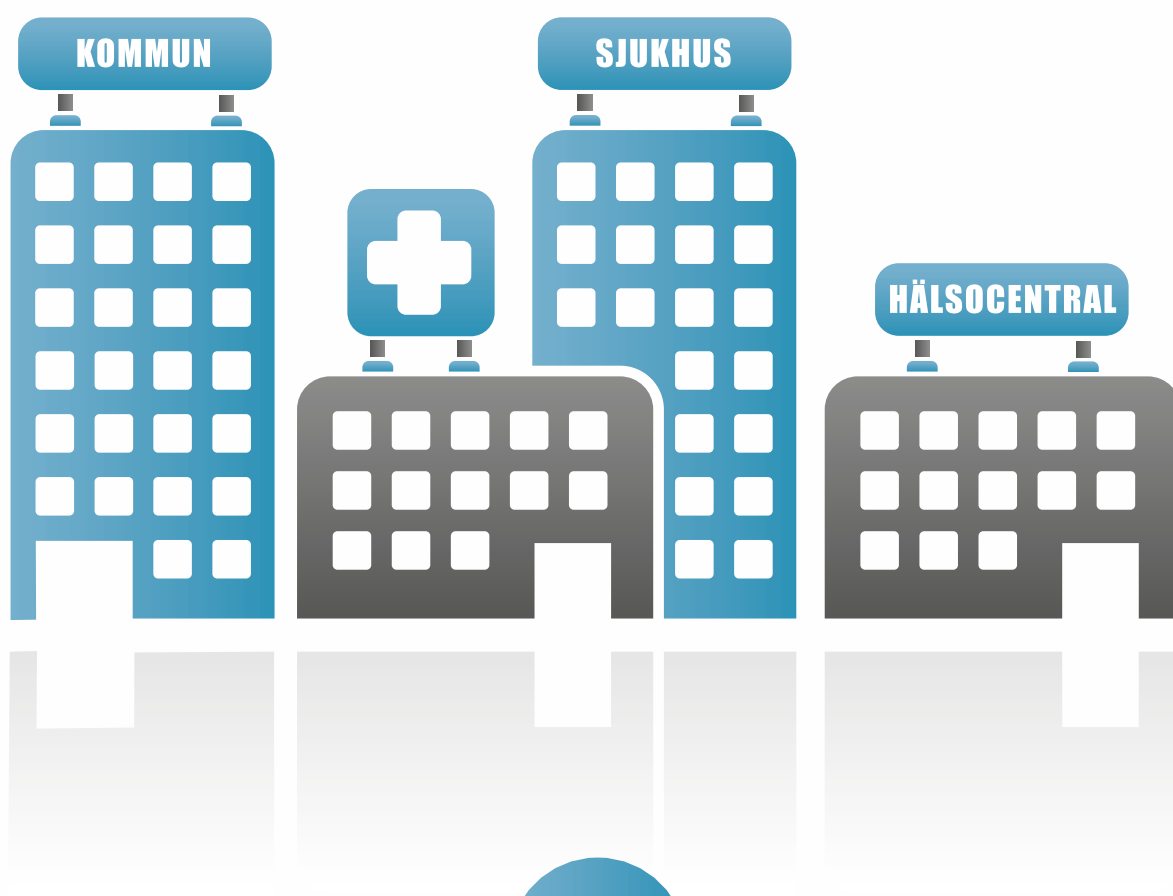


SVU Länsrutin

För samverkan mellan regionen och kommunerna
i Västerbottens län vid utskrivning från slutet
hälso- och sjukvård med stöd av IT-tjänsten Prator

Fastställt av Länssamverkansgruppen 2023-02-17



Ansvarig för revidering av länsrutin 2022:

Dagmar Schröder, projektledare, FoU Socialtjänst

Gun Mikaelsson, verksamhetsutvecklare, FoU Socialtjänst

Referensgrupp för revidering av länsrutin 2022:**Från kommunerna:**

Anita Lundberg, Socialkontoret Vård och omsorg, Skellefteå kommun

Jennie Eriksson, enhetschef hälso- och sjukvård, Lycksele kommun

Jessica Stenvall, medicinsk ansvarig sjuksköterska, Vilhelmina kommun

Malin Hansson, enhetschef bistånd under 65 år, Umeå kommun

Marina Lycksell Isaksson, medicinsk ansvarig rehabilitering, Skellefteå kommun

Susanna Stenlund, verksamhetschef utredning äldre, Umeå kommun

Viktoria Eker, bistånd, Vännäs kommun

Från regionen:

Ann Larsson, avdelningschef Psykiatrisk klinik Umeå

Annelie Svedberg, arbetsterapeut Strokecenter avdelning Umeå

Dan Thorn, verksamhetschef närsjukvårdsområde Södra Lappland

Emelie Vemmersten, sjuksköterska Ortopedavdelning Umeå

Victoria Popovac, avdelningschef Rörelseorganens centrum Västerbotten

Helen Hellström-Johansson, sjuksköterska specialfunktion, HA Prator, NUS

Katarina Wikander, avdelningschef Backens hälsocentral

Marianne Persson, sjuksköterska Bureå hälsocentral

Niclas Färnlund, psykiatrisjuksköterska, HA Prator, Psykiatriklinik Skellefteå

Therese Åman, avdelningschef Medicinsk avdelning Lycksele lasarett

Åsa Forsman, sjuksköterska, representant Skellefteå lasarett

Grafisk form: Helen Bäckman, Region Västerbotten

Innehåll

| | |
|---|----|
| Inledning | 4 |
| Syfte och mål | 4 |
| Parternas ansvar i SVU processen | 5 |
| Kommunikation via Prator | 5 |
| Om samtycke och sekretess | 6 |
| Den enskildes delaktighet | 6 |
| Bedömning och planering av egenvård | 7 |
| Korttidsvistelse | 7 |
| Informationsöverföring | 8 |
| Samverkan vid utskrivning – Målgrupper i Västerbotten | 9 |
| Inskrivningsmeddelande | 10 |
| Utskrivningsrapport | 11 |
| Extrameddelande | 12 |
| Utskrivningsklar | 13 |
| Kommunklar | 14 |
| Utskrivningsmeddelande | 15 |
| Kort vårdtid upp till 24 timmar | 16 |
| SIP-kriterier – Om, när, var och hur | 17 |
| Mötesstruktur vid ett SIP-möte | 19 |
| Gemensamt arbetssätt för att hantera betalningsansvar, förbättra process och nå måluppfyllelse | 21 |
| Former hur tvister mellan parterna ska lösas | 22 |
| Avvikelsehantering | 23 |
| Avbrottsrutin | 23 |
| Bilagor | 24 |
| 1. Lagar och förordningar | 24 |
| 2. Avtal, överenskommelser och rutiner mellan huvudmännen i Västerbottens län | 24 |
| 3. Manualer och checklistor | 25 |
| 4. Patientbroschyrer | 25 |
| 5. Begrepp, termer och förkortningar | 26 |

Inledning

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård trädde i kraft 1 januari 2018 och tillämpas i Västerbotten från och med den 3 april 2018. Målgruppen är enskilda oavsett ålder som efter att de skrivits ut från slutna vård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och/eller den regionfinansierade öppna vården. Lagen innebär att verksamheter nas egen planering börjar vid inskrivningsmeddelandet och 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, oavsett helg eller vardag.

Länssamverkansgruppen beslutade 2021-09-17 att ett nytt arbetssätt att hantera betalningsansvar ska införas från 2022-01-01. Syftet är att frigöra resurser från kontroll av fakturor och bestridande till arbete som är värdeskapande för personer som behöver insatser från både regionen och kommunen. I en reviderad överenskommelse mellan Region Västerbotten och kommunerna i Västerbottens län om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, fastställd av Samråd vård och omsorg 2021-10-22, regleras gemensamma mål för utskrivningsprocessen och hur betalningsansvar ska tillämpas i de fall en kommun inte når målpuppfyllelse.

Länsrutinen mellan Region Västerbotten och kommunerna i Västerbottens län om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska vara tydlig, ge teoretisk och praktisk vägledning och fungera i hela länet. Den utgår från den aktuella lagstiftningen och länsöverenskommelsen och ska tillämpas av årets alla dagar.

Länsöverenskommelse och länsrutiner för SVU och SIP, Vägledning till avtal om övertagande av hälso- och sjukvård i ordnärt boende och bilagor som hänvisas till i det här dokumentet finns på:

<https://www.regionvasterbotten.se/for-vardgivare/samverkan/regional-samverkan-for-halsa-var-d-och-omsorg/omraden-for-samverkan/avtal-overenskommelser-och-rutiner>

Verksamhetschefer ansvarar för att upprätta lokala rutiner utifrån respektive huvudmans behov och förutsättningar. Lokala rutiner för samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska grunda sig på, och överensstämmer med, länsrutinen.

Bilaga Mall som stöd vid upprättande av lokal rutin SVU i Prator

Region Västerbotten och kommunerna i Västerbottens län är eniga om att reviderad länsrutin om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska träda i kraft från 2023-02-01. Länssamverkansgruppen ansvarar för innehållet i detta dokument, som ersätter tidigare länsrutin för samverkan mellan regionen och kommunerna i Västerbottens län vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård med stöd av IT tjänsten Prator 2021-11-18.

Etiskt förhållningssätt vid samarbete

- Vi har respekt för varandras uppdrag
- Vi har förtroende för varandras kompetens
- Vi har tillit till att alla gör sitt bästa
- Vi är lojala mot fattade beslut och gällande rutiner
- Vi pratar gott om varandra
- För att lyckas behöver vi varandra

Syfte och mål

Syftet med lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård är att 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.

Syftet med länsrutinen är att uppnå en effektiv utskrivningsprocess och åstadkomma en god vård och omsorg på rätt nivå, där ledtiderna är så korta som möjligt vid utskrivning från slutenvård till regionfinansierad öppen vård, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst så att målet med hemgång inom ett dygn från utskrivningsklardatum kan uppnås. Samverkan ska utgå från den enskildes behov och förutsättningar och stärka dennes rätt till samordning, kontinuitet och trygghet för att uppnå en säker hemgång.

Mål för utskrivningsprocessen i Västerbotten

- Enskilda som inte längre har behov av slutenvårdens resurser ska kunna skrivas ut inom ett dygn från sjukhus/sjukstuga på ett tryggt och säkert sätt, men det är inte grund för betalningsansvar.
- Den enskilde ska med behovsanpassade insatser få möjlighet att leva självständigt under trygga förhållanden och bli bemött med respekt för sitt självbestämmande och integritet.

Parternas ansvar i SVU processen

Alla parter har ett gemensamt ansvar för att genomföra en effektiv utskrivningsprocess genom att tillhandhålla resurser, säkra kontaktvägar och informationsöverföring. Utskrivning ska kunna ske alla dagar under förutsättning att planeringen är klar och kommunicerad senast klockan 12.00 dagen före faktiskt hemgångsdatum.

Begreppet regionfinansierad öppenvård innefattar primärvård, vård vid regionens specialiserade mottagningar samt sjukhusansluten hemsjukvård, hemrehabilitering, dagrehabilitering samt öppen psykiatrisk vård.

- Slutenvården skickar inskrivningsmeddelande enligt förvald adressering i Prator till den regionfinansierade öppna vården och kommunen, när den enskilde har eller kan komma att behöva insatser från dessa enheter.
- Den regionfinansierade öppna vården samt kommunen kvitterar och svarar på inskrivningsmeddelandet.
- Den regionfinansierade öppna vården meddelar namn och kontaktuppgifter på fast vårdkontakt under vårdtiden, dock senast när utskrivningsklarmeddelande skickats.
- Alla berörda enheter ska påbörja sin planering av egna insatser när man fått ett inskrivningsmeddelande.
- Om patienten efter utskrivning har behov av nya/förändrade insatser från kommun och/eller region i form av hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst ska en utskrivningsrapport upprättas snarast.
- Om patienten efter utskrivning behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst ska en samordnad individuell planering SIP genomföras. Arbetet ska organiseras på ett sådant sätt att samordnad individuell planering (SIP) i huvudsak kan genomföras i hemmet och inte på sjukhus. I särskilda fall kan en SIP genomföras under vistelsen på sjukhus.
- Vid komplexa ärenden och där representanter för regionens och kommunens olika verksamheter behöver träffas för att samordna sin planering, kan ett möte bli aktuellt.
- För patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård, ansvarar chefsöverläkare i den psykiatriska slutenvården för att vårdplan upprättas i samråd med den enskilde och berörda enheterr¹.

Kommunikation via Prator

All kommunikation som omfattas av Samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård i Västerbotten i denna rutin ska ske via IT-tjänsten Prator. Prator ska bevakas enligt befintliga och beslutade lokala rutiner. Det bygger på ett aktivt deltagande som innebär att alla involverade enheter läser och kvitterar i enlighet med länsrutinen. Dokumentation sker av alla professioner under relevanta rubriker. Tooltip är ett verktyg för vad som ska dokumenteras under varje rubrik.

Brytpunkt för att skicka meddelande är kl. 12:00. Meddelande som skickats före kl. 12:00 räknas som inkommen samma dag och ska kvitteras och hanteras samma dag. Meddelande skickat efter kl. 12:00 räknas som inkommen nästföljande dag och ska kvitteras och hanteras snarast dock senast nästföljande dag, oavsett vardag eller helgdag.

Patient med skyddad identitet och asylsökande med R-nummer registreras inte i Prator. Om samordning behövs vid utskrivning från slutenvård och/eller vid SIP, sköts detta via telefon.

1. Lag om Psykiatrisk tvångsvård 1991:1128 7a§, och Lag om rättspsykiatrisk vård 1991:1129 12a§

Om samtycke och sekretess

Samordnad individuell plan kan endast genomföras efter samtycke av den enskilde eller legal företrädare. Samtycket kan vara muntligt eller skriftligt och ska dokumenteras. Grunden är att om den enskilde samtycker kan informationsöverföring ske. Den enskilde får när som helst ta tillbaka sitt samtycke².

Om en enskild inte kan samtycka till att sekretessbelagda uppgifter om denna får lämnas ut, kan vårdgivaren i andra hand göra en menprövning³ utan att den enskilde vidtalas. För ett eventuellt utlämnande av uppgifter ska det då stå klart att uppgiften kan lämnas ut utan att den enskilde eller närstående lider men/skada. Detta är den starkare sekretessen som utgår från hur den enskilde själv subjektivt skulle uppleva det. Det ska tydligt framgå namn och yrkestitel på den som har utfört menprövningen.

När det gäller barn under 18 år är det vårdnadshavare som ger samtycke till att den samordnade individuella planen upprättas. Det innebär att det är vårdnadshavare som genom sitt samtycke också utser vilka aktörer som får kallas till mötet. I beaktande av barnets ålder och mognad bör barnet också tillfrågas.

Den enskildes delaktighet

Den enskildes delaktighet är viktig i utformningen av sin pågående och fortsatta vård och omsorg.

Rätten att vara delaktig i planeringen handlar framför allt om att kunna påverka sin vardag. Delaktighet gäller även ställningstagande och vilka deltagare som ska vara med i den kommande samordnade individuella planeringen – SIP. Den enskilde ska alltid ges både muntlig och skriftlig information. Närstående ska få möjlighet att medverka i planeringen om det är lämpligt, och den enskilde inte motsätter sig det.

2. Patientlagen 2014:821, 4 kap. 2 §

3. Sekretess och tystnadspliktsgränser i socialtjänsten och i hälso-och sjukvården, Socialstyrelsen 2012, s. 13

Bedömning och planering av egenvård

Egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient kan utföra själv eller med hjälp av någon annan. När egenvård utförs gäller inte hälso- och sjukvårdslagen⁴. Åtgärder som den enskilde själv eller med stöd kan utföra som egenvård samt åtgärder som utförs som hälso- och sjukvård ska dokumenteras. Patienten ska få en kopia av dokumentationen av planeringen.

Korttidsvistelse

Korttidsvistelse jämställs med ordinärt boende. Hälso- och sjukvårdsåtgärder under korttidsvistelse är därmed hemsjukvård under en begränsad tid och på annan plats än i patientens eget hem. Korttidsplats innebär enligt Socialstyrelsens termbank *"en bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt"*⁵.

Ansvarsfördelningen, vad som ska göras och av vem ska finnas beskriven i gällande SIP. Den regionfinansierade öppna vårdens fasta vårdkontakt är ansvarig för samordning och kallelse till SIP. Förekommer flera fasta vårdkontakter inom den öppna vården, samordnas fortsatta insatser mellan de berörda fasta vårdkontaktarna.

En särskild rutin för ansvarsfördelning vid utskrivning till korttidsvistelse och genomförande av SIP i form av ett flödesschema finns framtagna.

Bilaga SVU och SIP-rutin vid utskrivning till korttidsvistelse

4. Lag (2022:1150) om egenvård

5. <https://termbank.socialstyrelsen.se/>

Informationsöverföring⁶

Inskrivning i hemsjukvård

Vid behov av hemsjukvård sker informationsöverföring från öppenvård till legitimerad personal (sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut) i kommunens hälso- och sjukvård via ett initiativ till SIP i IT-stödet Prator, men kan också ske genom telefonsamtal till ett telefonnummer in och/eller på blankett. Då tidpunkt för informationsöverföring är väsentlig för den egna planeringen inom kommunernas hälso- och sjukvård bör den ske så snart som möjligt men ska ske senast vid utskrivningsklardatum.

Vid informationsöverföringen ska det anges anledning till hembesök/hemsjukvård samt kortfattad relevant bakgrund, status och ordinerad behandlingsåtgärd. Hembesök ska präglas av en helhetssyn runt individens behov och av kontinuitet. Den som uppmärksammar risker och behov ska ta initiativ till att behovet åtgärdas. Om det föreligger behov av insatser från båda huvudmännen ska man efter patientens samtycke kalla till en SIP.

Hälso- och sjukvård i ordinärt boende är en del av primärvården. Medicinskt ansvarig läkare finns i primärvården. I vissa fall kvarstår läkaransvar för delar av den medicinska vården hos en eller flera läkare inom den specialiserade vården/sjukhusvården.

Om behov finns av hembesök sammanhängande över tid är det endast primärvårdsläkare som skriver in och ut patienter i hemsjukvård eftersom det kräver ett övertagande av medicinskt ansvar.

Behov av enstaka hembesök från kommunens hemsjukvård

Slutenvården kan initiera ett fåtal hembesök på primärvårdsnivå till kommunernas hälso- och sjukvård, under en period om 1–4 veckor och där uppföljning inte behövs av primärvårdsläkare.

Informationsöverföring för hembesök från slutenvård till legitimerad personal i kommunens hälso- och sjukvård ska i första hand ske i IT-stödet SIP/Prator. Kan även ske genom telefonsamtal till ett telefonnummer in och/eller på blankett. Vid informationsöverföringen ska det tydligt framgå insats i form av hembesök eller ordination. Informationsöverföring ska ske senast vid utskrivningsklardatum.

Uppdraget ska vara dokumenterat i patientjournal och kontaktuppgifter till ordinerande läkare måste anges. Uppgift om receptförskrivning och patientens samtycke ska dokumenteras i patientjournalen och finnas tillgänglig i Nationell patientöversikt (NPÖ).

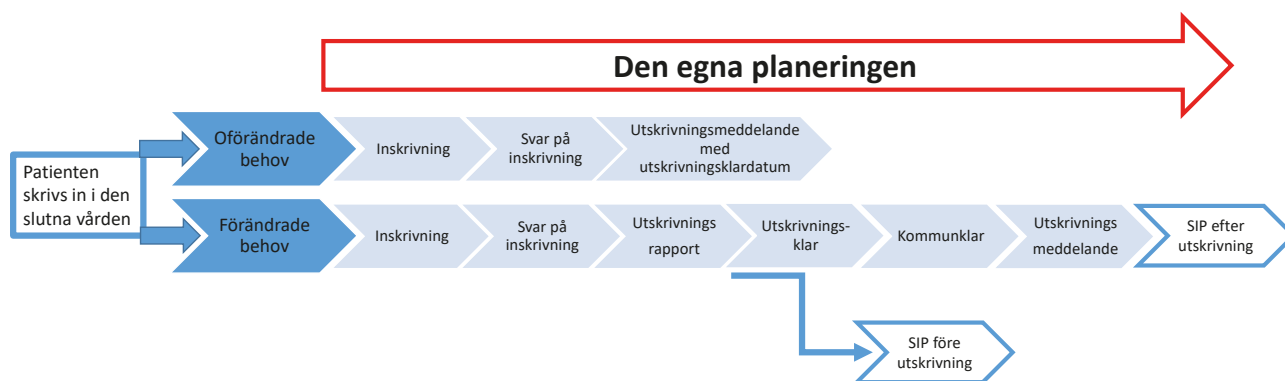
Hembesöken omfattar följande hälso- och sjukvårdsinsatser som inte kan bedömas som egenvård

- ögondroppar
- örondroppar
- subkutana och/eller intramuskulära injektioner
- omläggning
- suturtagning
- provtagning.

Blanketten Dokumentmall SBAR för informationsöverföring vid enstaka hembesök återfinns på hemsidan under Avtalet om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende <https://www.regionvasterbotten.se/for-vardegivare/samverkan/regional-samverkan-for-halsa-var-doch-omsorg/omraden-for-samverkan/avtal-overenskommelser-och-rutiner>

6. https://www.regionvasterbotten.se/VLL/Filer/Vagledning_avtal.pdf

Samverkan vid utskrivning - Målgrupper i Västerbotten



Målgrupp med oförändrade behov

Patient som skrivs ut från sjukhuset med oförändrade behov av stöd/biståndsinsatser och vårdåtgärder i förhållande till innan sjukhusvistelsen.

- Ingen utskrivningsrapport startas.
- Ett utskrivningsmeddelande med en sammanfattning av vårdtillfället skickas dagen innan hemgång (före kl.12.00).
- Utskrivningsmeddelande ska innehålla utskrivningsklardatum.
- Inget kommunklarmeddelande skickas.
- Ingen samordnad individuell plan (SIP) blir aktuell vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Målgrupp med förändrade behov

1. Patient som skrivs ut från sjukhuset med nya/förändrade behov av stöd/biståndsinsatser och vårdåtgärder i förhållande till innan sjukhusvistelse samt
 2. Patient som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk tvångsvård med särskild utskrivningsprövning (LRV med SUP).
- Slutenvården startar utskrivningsrapport för patient som har behov av nya/ förändrade insatser från kommun och/ eller region i form av hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst.
 - I utskrivningsrapporten ska sådan information finnas med som behövs för att den regionfinansierade öppna vården och kommunen ska kunna planera för fortsatt vård och omsorg.
 - Utskrivningsklarmeddelande skickas.
 - Kommunklarmeddelande skickas.
 - Samordnad individuell plan (SIP) blir aktuell om den enskilde och/eller närstående tackar ja.

Den egna planeringen⁷

Den egna planeringen ska påbörjas av berörda enheter inom slutenvård, kommun, och regionfinansierad öppenvård direkt i samband med att ett inskrivningsmeddelande skickats, kvitterats och besvarats. Planeringen ska fortgå under hela vårdtiden fram till utskrivningen. Detta för att patienten ska kunna lämna den slutna vården på ett säkert sätt och få sina efterföljande behov tillgodosedda. Alla parter ansvarar för att den egna planeringen sker i nära samråd med den enskilde och/ eller närstående. Under arbetet med den egna planeringen kan behov av samråd kring åtgärder uppstå med annan verksamhet och/eller huvudman, som kan ske på ett samordningsmöte eller via telefonkontakt.

Av särskild vikt är att planering påbörjas tidigt om någon/några av nedanstående åtgärder kan bli aktuella efter utskrivning:

- Medicinteknisk utrustning, exempelvis andningshjälpmedel eller hjälpmedel/utrustning knuten till nutrition eller infusion
- Utbildning/kompetensbehov
- Behov av stöd vid läkemedelshandling
- Personligt förskrivna hjälpmedel

Ovanstående behov dokumenteras av slutenvården i utskrivningsrapport i Prator så att mottagande enheter kan förbereda och genomföra den egna planeringen.

Säker hemgång

Den egna planeringen syftar till att uppnå en säker hemgång som innebär att patienten kan klara grundläggande behov som toalettbesök och förflyttningar, med eller utan hjälpmedel, på ett säkert sätt de första dagarna⁸.

7. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 2 kap. 6 §
8. https://www.regionvasterbotten.se/VLL/Filer/Vagledning_avtal.pdf

Inskrivningsmeddelande

Patient med skyddad identitet och asylsökande med R-nummer registreras inte i Prator. Om samordning behövs vid utskrivning från slutenvård och/eller vid SIP, sköts detta via telefon.

Läkaren bedömer efter samråd med övriga professioner om behov av insatser/åtgärder kan komma att behövas från socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård efter utskrivning. Inskrivningsmeddelande ska skickas snarast men senast inom 24 timmar på alla patienter som har pågående insatser samt på alla som bedöms vara i behov av nya/förändrade insatser från socialtjänsten och/eller åtgärder från hälso- och sjukvård efter utskrivning.

Om den behandlande läkaren först senare under vårdförloppet bedömer att en patient kan komma att behöva insatser ska den slutna vården skicka inskrivningsmeddelandet snarast efter bedömningen⁹.

| Sluten vård | Regionfinansierad öppenvård | Kommunal hälso- och sjukvård | Socialtjänst |
|--|--|--|--|
| <p>Skickar inskrivningsmeddelande med preliminärt utskrivningsklardatum. Ange samtycke till informationsöverföring och NPÖ, inskrivningsorsak/preliminär diagnos i Prator.</p> <p>Dokumentera i patientjournalen att samtycke är inhämtat och av vem.</p> <p>Under övrig information anges samtycke till SIP. Ange aktuella kontaktuppgifter till patient, anhörig, god man, förvaltare eller annan företrädare.</p> <p>Påbörjar den egna planeringen.</p> | <p>Fast vårdkontakt tar del av, kvitterar och svarar på inskrivningsmeddelande alla dagar med pågående åtgärder från SSK, AT, FT. Ange fast vårdkontakt.</p> <p>Påbörjar den egna planeringen</p> | <p>Om känd:sjuksköterska tar del av, och svarar på inskrivningsmeddelande alla dagar med pågående vårdåtgärder.</p> <p>Om känd: arbetsterapeut, fysioterapeut tar del av och svarar nästkommande vardag med pågående rehab-åtgärder och information om omgivningsfaktorer.</p> <p>Påbörjar den egna planeringen.</p> | <p>Minst en profession inom Sol/ LSS tar del av och kvitterar och svarar på inskrivningsmeddelande alla dagar med datum för senaste beslut och pågående insatser eller om patienten är okänd. Säkerställer att samtycke gäller för uppgiftslämnning av Sol/ LSS insatser.</p> <p>Påbörjar den egna planeringen.</p> |

Bilaga Manual – ett stöd vid svar på inskrivningsmeddelande i Prator för primärvård och kommun

⁹ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, 2 kap. 1–4 §

Utskrivningsrapport

Utskrivningsrapport ska startas av slutenvården när den enskilde har behov av nya och/eller förändrade insatser från kommun och/eller region i form av socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård. Utskrivningsrapporten ska påbörjas snarast av slutenvården efter det att svar på inskrivningsmeddelandet har inkommit från kommun och regionfinansierad öppen vård. Utskrivningsrapporten ska ge en utförlig beskrivning av patientens diagnos, utförda behandlingar samt bedömt fortsatt behov av vård, omsorg och stöd efter utskrivning så att mottagande enheter i samråd med den enskilde har möjlighet att göra en planering för en säker hemgång.

Rapporten ska uppdateras vid förändringar i omvårdnadsstatus, funktion/förmåga och medicinsk bedömning av alla berörda professioner i den slutna vården och den regionfinansierade öppna vården fram till dess att utskrivningsmeddelandet är skickat.

Utskrivningsrapport kan makuleras om patienten inte längre är i behov av nya/förändrade insatser från kommun och/eller region i form av socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård.

| Sluten vård | Regionfinansierad öppenvård | Kommunal hälso- och sjukvård | Socialtjänst |
|--|--|---|---|
| <p>Läkare dokumenterar sammanfattning av utförda eller planerade åtgärder samt behov av uppföljning. Bedömning av egenvård/hälso- och sjukvård och vilket medicinskt ansvar som ev. behålls i specialistvården.</p> <p>Sjuksköterska dokumenterar hälsohistoria, social bakgrund, utförda och planerade omvårdnadsåtgärder samt patientens/närståendes önskemål om insatser efter hemgång.</p> <p>Arbetssterapeut, fysioterapeut dokumenterar utförda och planerade åtgärder, förskrivning av hjälpmedel nödvändiga för säker hemgång. Vid behov av uppföljning i hemmet sker det i samråd med kollegor inom kommunen.</p> <p>Dietist bedömer nutritionsstatus och dokumenterar i utskrivningsrapporten. Påbörjar en första förskrivning av nutritionsprodukter, sondnäring och pump inför hemgång. Avdelningen säkerställer att nutritionsprodukter, sondnäring, pump och tillhörande förbrukningsmaterial finns den första tiden i hemmet.¹⁰</p> <p>Övriga dokumenterar utförda åtgärder och behov av uppföljning efter hemgång.</p> | <p>Fast vårdkontakt anger kontaktuppgift till fast vårdkontakt om det inte lämnats i svar på inskrivningsmeddelande. Tar fortlöpande del av och kompletterar utskrivningsrapport med eventuella uppföljningar och återbesök inom regionfinansierad öppenvård. Om behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder i hemmet finns, görs informationsöverföring via Initiativ till SIP till berörd leg. personal i kommunens hälso- och sjukvård.</p> <p>Läkare bedömer om inskrivning i hemsjukvården ska göras.</p> <p>Dietist gör uppföljning av nutritionsstatus. Ansvarar för fortsatt förskrivning och av nutritionsprodukter och sondnäring.</p> <p>Patienter med egenvård: Distriktsköterska ansvarar för beställning av aggregat, droppställning och spolsprutor.</p> | <p>Om känd: tar fortlöpande del av utskrivningsrapporten. Fortsätter den egna planeringen fram till utskrivning.</p> <p>Om okänd: utifrån initiativ till SIP/SBAR och utskrivningsrapport påbörjar planering inför hemgång.</p> <p>Initiativ till SIP besvarar och kvitterar.</p> <p>Patienter med kommunal hälso- och sjukvård: Sjuksköterska ansvarar för beställning av aggregat, droppställning och spolsprutor</p> | <p>Tar fortlöpande del av utskrivningsrapport. Fortsätter den egna planeringen fram till utskrivning. Biståndshandläggare kontaktar patient/företrädare utifrån information i utskrivningsrapporten.</p> <p>Vid Initiativ till SIP besvarar och kvitterar.</p> |

Bilaga Manual – ett stöd vid upprättande av utskrivningsrapport

10. Nutritionsrutiner för patienter i hemsjukvård i Västerbotten

<https://www.regionvasterbotten.se/for-vardgivare/samverkan/regional-samverkan-for-halsa-var-d-och-omsorg/omraden-for-samverkan/avtal-overenskommelser-och-rutiner>

Extrameddelande

Används endast för information som inte ryms inom ramen för andra meddelanden.

| Sluten vård | Regionfinansierad öppenvård | Kommunal hälso- och sjukvård | Socialtjänst |
|--|---|---|--|
| <p>Tar del av, kvitterar och svarar på extrameddelande.</p> <p>Kvitterar och skriver svar i Ut-rapporten på kompletterande frågor om patientinformation.</p> <p>Lämnar information som rör patientens hemgång (t ex att närstående hämtar, transporter, leverans av hjälpmedel).</p> <p>Meddelar behov av förmöte innan hemgång.</p> | <p>Tar del av, kvitterar och svarar på extrameddelande.</p> <p>Vid behov ställer frågor om kompletterande patientinformation.</p> <p>Lämnar information som rör patientens planering.</p> <p>Meddelar behov av förmöte innan hemgång.</p> | <p>Tar del av, kvitterar och svarar på extrameddelande.</p> <p>Vid behov ställer frågor om kompletterande patientinformation.</p> <p>Lämnar kontaktuppgifter till ansvariga inom hemsjukvården.</p> <p>Meddelar behov av förmöte innan hemgång.</p> | <p>Tar del av, kvitterar och svarar på extrameddelande.</p> <p>Vid behov ställer frågor om kompletterande patientinformation.</p> <p>Lämnar kontaktuppgifter till ansvarig utförare. Meddelar eventuellt beslut om korttidsvistelse, eller särskilt boende. Vid beslut om korttidsvistelse, ange under vilken tid beslutet gäller. Meddelar ev. och beskriver övriga beviljade socialtjänstinsatser.</p> <p>Meddelar behov av förmöte innan hemgång.</p> |

Utskrivningsklar

Meddelande om att en patient är utskrivningsklar skickas **endast för patienter med nya/förändrade behov**. För patienter med oförändrade behov sätts utskrivningsklardatum i utskrivningsmeddelande.

Den behandlande läkaren ska bedöma, utifrån vad övriga professioner har att tillföra, när en patient är utskrivningsklar. Den slutna vården ska underrätta berörda enheter om denna bedömning om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det. Utskrivningsklar-datum kan inte dateras bakåt i tiden.

Utskrivningsklar som skickas före kl.12.00 gäller som inkommen samma dag, utskrivningsklar skickat efter kl.12.00 räknas som inkommen nästkommande dag.

| Sluten vård | Regionfinansierad öppenvård | Kommunal hälso- och sjukvård | Socialtjänst |
|---|--|--|--|
| <p>Skickar utskrivningsklar-meddelande utifrån den behandlande läkarens bedömning som sker i samråd med övriga professioner. Innan utskrivningsklardatum sätts ska hänsyn tas till om pågående eller planerade åtgärder påverkar patientsäkerheten och därför behöver utföras innan hemgång.</p> <p>Ange utskrivningsklardatum och ansvarig läkare inom slutenvård.</p> | <p>Fast vårdkontakt tar del av och kvitterar utskrivningsklar alla dagar.</p> <p>Vid behov av hemsjukvård meddelas primärvårdsläkare som skriver in och ut patienter i hemsjukvård då det kräver övertagande av medicinskt ansvar. I vissa fall kvarstår medicinskt ansvar för delar av vården hos en eller flera läkare inom den specialiserade vården¹¹.</p> <p>Senast vid utskrivningsklardatum skickas initiativ till SIP till berörd leg. personal inom kommunens hemsjukvård och/eller hemrehab. Kallelse till SIP-möte skickas inom 3 dagar från utskrivningsklardatum.</p> | <p>Tar del av utskrivningsklar alla dagar.</p> <p>Besvarar och kvitterar initiativ och kallelse till SIP.</p> <p>Påbörjar eller fortsätter planeringen inför hemgång i samråd med slutenvård, fast vårdkontakt och patient/närstående.</p> | <p>Tar del av och kvitterar utskrivningsklar alla dagar.</p> <p>Besvarar och kvitterar initiativ och kallelse till SIP.</p> <p>Fortsätter planeringen inför hemgång i samråd med patient/närstående.</p> |

Bilaga Checklista för slutenvård vid utskrivning

Vid behov av makulering av utskrivningsklar

Om patientens tillstånd förändras, så att den behandlande läkaren bedömer att patienten inte längre är utskrivningsklar, makuleras utskrivningsklar. Berörda enheter i den regionfinansierade öppna vården samt kommunen meddelas. I samband med att utskrivningsklar makuleras, sätts ett nytt preliminärt utskrivningsdatum. Utskrivningsklar-meddelande skickas så snart patienten åter är utskrivningsklar.

Utskrivningsklardatum är en parameter vid beräkning av eventuellt betalningsansvar.

11. https://www.regionvasterbotten.se/VLL/Filer/Vagledning_avtal.pdf

Kommunklar

Kommunklar är ett meddelande som kommunen ska skicka för att informera slutenvård och regionfinansierad öppen vård om när kommunens åtagande tidigast kan verkställas.

Kommunklar skickas endast vid nya/förändrade behov av stöd/biståndsinsatser och/eller hälso- och sjukvårdsåtgärder alla dagar.

Skickas av kommun efter samråd mellan kommunens socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård, enligt lokal rutin.

| Sluten vård | Regionfinansierad öppenvård | Kommunal hälso- och sjukvård | Socialtjänst |
|--|--|--|---|
| <p>Kontrollerar att den egna planeringen inför hemgång är säkrad.</p> | <p>Kontrollerar att den egna planeringen inför hemgång är säkrad.</p> | <p>Kontrollerar att den egna planeringen inför hemgång är säkrad.</p> <p>Sjuksköterska säkerställer vid behov av delegering att delegering är klar och att allt material finns på plats¹².</p> <p>Arbets terapeut, fysioterapeut säkerställer att hjälpmedel i hemmet finns och att ev. uppföljning är planerad. Viktigt att grundläggande behov som toalettbesök och förflyttningar, med eller utan hjälpmedel klaras på ett säkert sätt de första dagarna¹³.</p> | <p>Kontrollerar att den egna planeringen inför hemgång är säkrad. Stämmer av med kommunal hälso- och sjukvård att hemgång från dem är säkrad.</p> <p>Meddelar och beskriver beviljade socialtjänstinsatser.</p> <p>Beslut om särskilt boende eller korttidsvistelse meddelas i ett extrameddelande så snart beslut är fattat.</p> |
| <p>Kvitterar kommunklar.</p> <p>När kommunklarmeddelandet tagits emot skickas utskrivningsmeddelande enligt rutin.</p> | <p>Tar del av hemgångsdatum och information om kommunala hälso- och sjukvårdsåtgärder.</p> | <p>Meddelar ansvariga enheten att skicka kommunklar om åtgärder från hemsjukvård och/eller hemrehab och när första besöket sker.</p> | <p>Meddelar datum för hemgång, när första hembesök från hemtjänst och ev. kommunal hälso- och sjukvård sker.</p> <p>Kommunklar meddelas snarast, dock senast dagen innan patienten kan tas emot av kommunen.</p> |

Bilaga Checklista för kommuner inför att ange kommunklar

12. <https://www.regionvasterbotten.se/for-vardgivare/behandlingsstod-och-var-driktlinjer/lakemedel/dosforpackade-lakemedel/rutiner>

13. https://www.regionvasterbotten.se/VLL/Filer/Vagledning_avtal.pdf

Utskrivningsmeddelande

Vid oförändrade behov skickas ett utskrivningsmeddelande som inkluderar utskrivningsklardatum senast kl. 12:00 dagen före hemgång. Oförändrade behov betyder att det inte har någon påverkan på varken aktuellt biståndsbeslut eller pågående hälso- och sjukvårdsåtgärder, inklusive rehabåtgärder och hjälpmedelsbehov. Utskrivningsmeddelandet ska då innehålla en sammanfattning av vårdtillfället.

Om nya insatser/åtgärder krävs, ska planering göras i samverkan på en vardag, så att patienten kan gå hem när den är utskrivningsklar, oavsett vardag eller helgdag¹⁴.

Överenskommelser med en aktör via telefon räknas inte som kvittens att kommunen kan ta hem patienten.

| Sluten vård | Regionfinansierad öppenvård | Kommunal hälso- och sjukvård | Socialtjänst |
|---|--|--|--|
| Kontrollerar att utskrivningsrapporten är uppdaterad och åtgärder som slutenvården ansvarar för är utförda. | Tar del av slutlig informationsöverföring från utskrivningsrapport och utskrivningsmeddelande. | Tar del av slutlig informationsöverföring från utskrivningsrapport och utskrivningsmeddelande. | Tar del av slutlig informationsöverföring från utskrivningsrapport och utskrivningsmeddelande. |
| Läkare skickar remiss för övertagande av medicinskt ansvar till regionfinansierad öppenvård när det finns förändrade behov efter utskrivning ¹⁵ . | Läkare svarar på inkommen remiss för övertagande av medicinskt ansvar enligt lokal rutin. | | |
| Lämnar skriftlig information till patienten. Bilaga Patientbroschyr SVU | | | |
| Skickar utskrivningsmeddelande senast dagen före patienten kan lämna avdelningen. | Tar del av och kvitterar utskrivningsmeddelande alla dagar. | Tar del av utskrivningsmeddelandet alla dagar. | Tar del av och kvitterar utskrivningsmeddelandet alla dagar. |
| Om patienten avlidit, ange datum samt tidpunkt. | | | |
| När patienten blivit utskriven från avdelning registreras faktiskt utskrivningsdatum i Prator (Grön pil). | | | |

Bilaga Checklista för slutenvård vid utskrivning

Vid behov av makulering av utskrivningsmeddelande

Om patientens tillstånd förändras och den behandlande läkaren bedömer att patienten inte längre är utskrivningsklar, och utskrivningsmeddelande är skickat, makuleras både utskrivningsklar och utskrivningsmeddelande.

14. Chefläkarbeslut 180418 punkt 40

15. LITA 239317 NCS Cross-Remissrutiner

Kort vårdtid upp till 24 timmar

Denna rutin gäller för patient med kort vårdtid och oförändrade behov efter utskrivning och är ett undantag från länsrutin SVU

För utskrivningsmeddelande som skickats före kl.12.00 och kvitterats av mottagande enhet/er kan hemgång ske samma dag utan ytterligare kontakt. Om utskrivningsmeddelandet ej kvitterats eller skickats efter kl.12.00 tas kontakt med mottagande enhet/er för att garantera en patientsäker hemgång.

| Sluten vård | Regionfinansierad öppenvård | Kommunal hälso- och sjukvård | Socialtjänst |
|--|---|---|---|
| <p>Skickar inskrivningsmeddelande på alla patienter som har pågående insatser av kommunen. I rutan övrig information i inskrivningsmeddelandet uppges om utskrivning beräknas inom 24 timmar.</p> <p>Skickar utskrivningsmeddelande med en sammanfattning av vårddygnet.</p> | <p>Tar del av och kvitterar inskrivningsmeddelande alla dagar.</p> <p>Tar del av och kvitterar utskrivningsmeddelande alla dagar.</p> | <p>Tar del av och kvitterar inskrivningsmeddelande alla dagar.</p> <p>Tar del av och kvitterar utskrivningsmeddelande alla dagar.</p> | <p>Tar del av och kvitterar inskrivningsmeddelande alla dagar.</p> <p>Tar del av och kvitterar utskrivningsmeddelande alla dagar.</p> |

SIP-kriterier – om, när, var och hur

Den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppenvården är ansvarig för att kalla till SIP, inom 3 dagar från att utskrivningsklar meddelats¹⁶. Patienten ska få information om möjligheten att få en fast vårdkontakt¹⁷. Den fasta vårdkontakten ska också säkerställa att samtycke till SIP har inhämtats och identifierar i samråd med patient/närstående vilka enheter som ska kallas till SIP, datum, tid, plats och mötesform för SIP.

Detta för att patienten ska kunna lämna den slutna vården på ett säkert sätt och få sina efterföljande behov av insatser tillgodosedda.

Slutenvården ska vara behjälplig att inhämta samtycke om SIP. Finns samtycke förutsätts att information om SIP har getts till patient och/eller närstående. Broschyr finns att lämna ut till patient och/eller närstående

Bilaga SIP broschyr för den enskilde

SIP är aktuellt om patienten

- har behov av samordning vid nya/förändrade behov från både socialtjänst och hälso- och sjukvård, oavsett om det utförs av kommunal hälso- och sjukvård och/eller regionfinansierad öppenvård.
- har behov av samordning vid nya/förändrade behov från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård. Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den regionfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen¹⁸.
- får beslut om korttidsvistelse och behov av samordning finns. Korttidsvistelse jämföras med ordinärt boende¹⁹.

SIP är inte aktuellt om patienten

- tackar nej till SIP. Det är viktigt att patienten får klart för sig dels vad den gemensamma planeringen innebär, dels vad ett beslut om att inte lämna sitt samtycke kan betyda för hans eller hennes fortsatta vård och omsorg. Att en patient motsätter sig en gemensam planering betyder dock inte med nödvändighet att han eller hon motsätter sig själva insatserna från berörda enheter. Varje enhet ska börja sin planering av de insatser som är nödvändiga för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården och efter utskrivningen få sina behov av socialtjänst eller hälso- och sjukvård tillgodosedda. Dessa insatser bör kunna genomföras som planerat även om den gemensamma planeringen inte kan fullföljas²⁰.

- har en SIP sedan tidigare och utifrån information från slutenvården ett oförändrat behov av stöd/ biståndsinsatser och/eller vårdåtgärder.
- endast har behov av insatser från en huvudman, t ex endast utifrån SoL/LSS eller av regionens öppna vård.
- har behov av begränsad uppföljande åtgärd av kommunal rehabiliteringspersonal i hemmet, t ex av förskrivet hjälpmedel efter samråd med kollega i slutenvården, och när samordning med regionsfinansierad öppenvård inte behövs.
- flyttar till särskilt boende från sjukhuset.

SIP före eller efter utskrivning

För patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov kan SIP göras före hemgång.

Fast vårdkontakt i regionfinansierad öppenvård ska i samråd med övriga enheter, patient och närstående, besluta om SIP möte ska göras före eller efter utskrivning.

Om bedömningen är att SIP möte ska ske på sjukhuset innan utskrivning ska kallelsen skickas innan patienten är utskrivningsklar.

Kontaktuppgifter till utomstående aktörer kan hämtas, om den är känd från patientinformation i Cross/ Prator.

Bedömning om SIP före eller efter utskrivning är individuell och utgår från²¹

- medicinsk säkerhet (att övertagande vårdenhet vid hemgångsdagen har reell kompetens och andra resurser som motsvarar den enskildes behov av vårdåtgärder)
- riskbedömning (fall, trycksår, nutrition, blåsdysfunktion, munhälsa, risk för suicid, risk för våldshandling)
- övervakning (i vissa situationer, dag/natt, hela dygnet)
- tidsåtgång (omfattning av vårdåtgärder och stödinsatser utifrån övriga punkter, frekvens och antal personer)
- utbildning/kompetensbehov (behov hos den enskilde, närstående, personal).

16. Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård 4 kap. 1§

17. Patientlag (2014:821) 3 kap. 2§

18. Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård 4 kap. 1§

19. Se bilaga till länsrutin "Rutin för samverkan vid utskrivning från slutenvård (SVU) och samordnad individuell planering (SIP) vid korttidsvistelse

20. Prop. 2016/17:106, kap. 5.11.3

21. <http://www.visamregionrebro.se/saker-utskrivning/>

SIP efter utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

Regionfinansierad öppenvård

- ska säkerställa att samtycke till SIP har inhämtats och kvarstår.
- ska i samråd med patienten identifiera vilka enheter som ska kallas till SIP möte, datum, tid, plats och mötesform för SIP.
- skapar ett initiativ och skickar kallelse till SIP till berörda enheter i Prator.
- kallar närstående, förvaltare, gode man och enheter utanför Prator (t ex specialistmottagning) via e-post/ telefon.
- skickar kallelse senast dag 3 efter det att utskrivningsklar har skickats av slutenvård. Detta ska ske i samråd med patienten och utifrån patientens behov.
- ska vid behov dokumentera ytterligare patientinformation, som inte framgår i utskrivningsrapporten eller i Kartläggning/SBAR i SIP modulen.

Kommun

- kvitterar initiativ samt kallelse till SIP.
- gör sin egen planering inför mötet utifrån beviljade stöd och omsorgsinsatser och vårdåtgärder.

SIP före utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

Regionfinansierad öppenvård

- Kallelse och datum till SIP möte före utskrivning ska ske innan patienten är utskrivningsklar.
- Samma funktion som för SIP efter utskrivning.
- Om slutenvården ska medverka med information meddelas detta genom extrameddelanden.

Kommun

- kvitterar initiativ samt kallelse till SIP.
- gör sin egen planering inför mötet utifrån beviljade stöd och omsorgsinsatser och vårdåtgärder.

Slutenvård

- bokar möteslokal (med videoupkopplingsmöjlighet om behov finns).
- medverkar om ytterligare information behövs (av de professioner som finns på avdelningen).
- på patientens önskan vara ett stöd vid planeringen.

Mötesstruktur vid ett SIP-möte

SIP möte kan genomföras fysiskt på plats i den enskildes hem, på hälsocentral, öppenvårdsmottagning eller på slutenvårds-vårdavdelning, via telefon, uppkoppling via dator eller videokonferensteknik.

Alla som är kallade till SIP mötet är skyldiga att delta oavsett om de har insatser, planerar att ha insatser eller för tillfället inte har insatser. Kallelsen kan betyda att behov av insatser och/eller åtgärder finns.

För genomförande av SIP möte se **bilaga Manual för genomförande av SIP**.

Om mötet sker digitalt

- Minst en yrkesprofession från region eller kommun deltar fysisk med den enskilde på lämplig plats.
- Vid deltagande via telefon eller video ska det tydlig framgå för den enskilde vilken profession som talar.

Uppkoppling i hemmet

- Via dator/platta i hemmet eller via videokonferens från hälsocentral, sjukhus och kommun.
- Telefonuppkoppling till video mötet är ett alternativ som endast ska nyttjas när uppkoppling via dator eller platta inte fungerar.

Bilagor *Checklista för digitalt SIP möte; Bokning och uppkoppling av digitala SIP i Pexip*

SIP-processen i IT-tjänsten Prator

Allmänt

- Lokala rutiner ska finnas på varje enhet för hur man hanterar arbetsprocessen gällande användande och daglig bevakning i Prator i den egna verksamheten.
- Endast ett SIP ärende åt gången kan vara aktivt per person. Tidigare ärenden på samma person måste avslutas innan ett nytt initiativ kan skickas.
- En person kan ha ett SVU ärende både i slutenvårdsmodulen och ett SIP ärende i öppenvårdsmodulen i gång samtidigt.
- Mål och aktivitetsplan, uppföljning av plan och utvärdering av plan är en journalhandling.

Initiativ till SIP

- Skickas då den enskilde har behov av samordnade insatser från både region och kommun och efter inhämtat samtycke.
- Skickas av patientens fasta vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården.
- Fast vårdkontakt är samordningsansvarig för initiativ och kallelse till SIP.
- Vid skapande av initiativ föreslås förvalda mottagare enligt Prators grundadressering. Det går att lägga till och ta bort mottagare samt vilka som ska kvittera. Det är av yttersta vikt att gå genom vilka enheter som ska delta i SIP utifrån den enskildes behov och samtycke.
- Kvittering från mottagare ska ske senast kl.12.00 vardagen efter att initiativet har skickats.

Kartläggning (SBAR)

- Kartläggning enligt SBAR är inte obligatorisk utan frivillig.
- Information som dokumenteras här sker i samråd med den enskilde och ska vara relevant för att mötesdeltagare kan förbereda sig inför SIP mötet.

Kallelse till planering

- Skickas till berörda enheter av patientens fasta vårdkontakt från den regionfinansierade öppna vården inom 3 dagar efter att en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar har lämnats.
- Uppkopplingskoden för anslutning via telefon, dator/platta eller videokonferens lämnas till alla deltagare via kallelsen i Prator eller med e-post/SMS.
- Vid videomöte skickas uppkopplingsinformation till berörda parter i elektronisk form.
- Kvittering från mottagare ska ske senast kl.12.00 vardagen efter att kallelsen har skickats.
- Finns önskemål om deltagande av slutenvården skickas kallelse via extrameddelande i Prator.

Samordnad individuell plan

- Ordförande utses, företrädesvis den profession som närvarar med den enskilde.
- Dokumentationsansvarig utses företrädesvis den profession som har tillgång till Prator SIP.
- En pappersmall finns att använda när mötet sker i hemmet utan tillgång till Prator och vid driftstopp av Prator. (Bilaga: Stöddokumentation vid faktiskt SIP möte)
- Mål och aktiviteter planeras med den enskilde och ansvarig utses för varje mål och aktivitet.
- Tid för uppföljning och utvärdering bestäms på mötet av berörda enheter utifrån den enskildes behov. Den samordnade individuella planen läses av samordningsansvarig enligt överenskommelse på mötet och delges den enskilde.
- Vid byte av samordningsansvarig registreras det i Prator.

Uppföljning av plan

- Uppföljning av plan aktiveras av samordningsansvarig. Uppföljning kan ske fysiskt, eller digitalt i Prator
- Uppföljning av i planen bestämda aktiviteter sker av respektive utsedd ansvarig senast dagen innan fastställt datum för utvärdering av plan.
- Uppföljning av plan läses senast vid mötet för utvärdering av plan.

Kallelse till utvärdering

- Kallelse till utvärdering skickas av samordningsansvarig till berörda deltagare enligt överenskommet datum.
- Kallade enheter som har pågående insatser hos den enskilde har en laglig skyldighet att delta vid utvärdering av SIP.
- Kvittering från mottagare ska ske senast kl.12.00 vardagen efter att kallelsen har skickats.

Utvärdering och avslut av plan

- Kan ske som fysiskt möte, video- eller telefonmöte eller elektroniskt.
- Utvärdering av plan dokumenteras av samordningsansvarig och delges den enskilde.
- Vid behov av ny samordnad individuell plan kan den skapas vid sittande möte i avstämning med den enskilde. Ny tid för uppföljning och utvärdering bestäms på mötet.
- Om behov av samordning mellan huvudmännen upphör avslutas planen.

Informationsmeddelande

- Används endast för administrativ information som rör det aktuella SIP ärendet.
- Journalinformation som rör den enskilde ska i första hand dokumenteras i Kartläggning (SBAR), Samordnad individuell plan, Uppföljning av plan och Utvärdering av plan.

Gemensamt arbetssätt för att hantera betalningsansvar, förbättra process och nå måluppfyllelse

När den reviderade överenskommelse mellan Region Västerbotten och kommunerna i Västerbottens län om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård från den 1 januari 2022 träder i kraft är parterna överens om att ett nytt arbetssätt med att hantera betalningsansvar och kommunernas ersättning till regionen för utskrivningsklara patienter regleras enligt nedan.

I Västerbotten eftersträvas av alla parter att betalningsansvar inte ska behöva inträda.

Kriterium för att inget betalningsansvar ska träda i kraft är att en kommun under en kalendermånad tar hem alla patienter i snitt inom 3 dagar från att patienten är utskrivningsklar och slutenvård har underrättat kommunen om det.

Analys och förbättringsarbete

Om en kommun överskrider tre kalenderdagar i snitt under en kalendermånad ska två processledare och berörda representanter från den partssammansatta gruppen göra en gemensam analys av orsaker till fördröjd hemgång och ta fram lämpliga åtgärdsförslag för verksamheter hos båda huvudmän där brister förekommer. Åtgärdsförslagen ska genomföras av berörd verksamhet inom regionen och/eller kommunen för att nå målet 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.

Om problemet med fördröjd hemgång trots analys av orsaker och åtgärder kvarstår månad tre, granskas fakturaunderlag från Prator och bedömning sker om kriterier för betalningsansvar är uppfyllda enligt lagen²² och denna överenskommelse.

Kommunens betalningsansvar förutsätter enligt lagen att:

- den slutna vården har skickat ett inskrivningsmeddelande till berörda enheter i kommunen inom 24 timmar från inskrivning i slutenvård eller inom 24 timmar efter att den behandlande läkaren senare under vårdförloppet bedömt att en patient kan komma att behöva insatser efter utskrivning.
- den slutna vården har underrättat berörda enheter i kommunen att patienten är utskrivningsklar

- i de fall en samordnad individuell vårdplanering ska genomföras, inträder kommunens betalningsansvar endast om den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppna vården har kallat till samordnad individuell vårdplanering. Kallelsen ska skickas senast tre dagar efter det att en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar har lämnats
- vid övergång till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård ska kommunens betalningsansvar inträda ifall den slutna vården har underrättat kommunen om att patienten skrivits in (inskrivningsmeddelande) och när patienten bedömts vara utskrivningsklar samt upprättat en samordnad vårdplan.

Fördröjd eller utebliven informationsöverföring och/eller ofullständig utskrivningsrapport är enligt lagen inte ett kriterium för betalningsansvar eller bestridande av betalningsansvar men en förutsättning för kommunens och öppenvårdens egen planering. Det ska hanteras av den partssammansatta gruppen som avvikelser från utskrivningsprocessen enligt länsrutin.

Ekonomisk reglering

Betalningsansvaret omfattar enligt lagen patienter som är folkbokförda i kommunen. Om en kommun beslutat att patienten ska vistas i en annan kommun i sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453), har den placerande kommunen betalningsansvar oavsett var patienten är folkbokförd.

Ekonomisk reglering inträder om det genomsnittliga antalet dagar av utskrivningsklara patienter i slutna vård överskrider tre kalenderdagar under tre kalendermånader i följd. Kommunen ska då ersätta regionen från månad fyra för alla utskrivningsklara patienter från dag 1 efter utskrivningsklardatum. Brytpunkt för att skicka meddelande är kl. 12:00. Skickas meddelande om utskrivningsklar före kl. 12:00 räknas utskrivningsklardatum som dag 0 och nästkommande dag som dag 1. Skickas meddelande om utskrivningsklar efter kl. 12:00 räknas nästkommande dag som dag 0 och dagen därpå som dag 1. När det genomsnittliga antalet utskrivningsklara patienter i slutna vård är tre eller färre under tre sammanhängande månader upphör regionens krav på ersättning.

22. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Former för hur tvister mellan parterna ska lösas

Som ersättningssumma för vård av utskrivningsklara patienter ska kommunen betala regionen det belopp som Socialstyrelsen årligen fastställer och som motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vård dygn i den slutna vården.

Regionens ekonomidirektör ansvarar för att meddela kommunerna beloppet som Socialstyrelsen årligen fastställer.

Eventuella tvister mellan parterna angående tolkning och tillämpning med anledning av överenskommelsen mellan Region Västerbotten och kommunerna i Västerbottens län om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård gällande från den 1 januari 2022 ska i första hand lösas av processledare och representanter i den partssammansatta regionala gruppen i samråd med närmaste chef i berörda verksamheter i regionen och kommunen. Vid oenighet i den partssammansatta gruppen prövas frågan till ansvariga verksamhets- och förvaltningschefer i berörd kommun och regionen. I tredje hand prövas tvister av berörd kommundirektör och regiondirektör. Kan ej tvisten lösas ska den hänskjutas till svensk allmän domstol för avgörande med tillämpning av svensk rätt.

Avvikelsehantering

Uppkomna brister i samverkan vid utskrivning från slutenvård mellan region och kommuner, ska rapporteras i avvikelser för att vara en del i ett lärande och för att kunna åtgärda bristerna.

Syftet är att förbättra omhändertagande av gemensamma vårdtagare.

Samtliga berörda enheter skall ha lokala rutiner för att rapportera avvikelser.

I avvikelserapporten ska det framgå från vilken klinik/enhet rapporten kommer från samt datum och tid. Avvikelsen ska skickas och registreras i respektive kommun/regionens avvikelssystem i så nära anslutning till händelsen som möjligt. På sikt bör digitala lösningar eftersträvas så att avvikelsen kan sändas direkt till avvikelsehandläggare på berörd enhet.

Innehållet ska ge en tydlig beskrivning av:

- händelse - här anges avvikelse från följsamhet till denna rutin "Samverkan mellan regionen och kommunerna i Västerbottens län vid utskrivning från slutenvård och sjukvård"
- konsekvens
- risk
- åtgärd
- förbättringsförslag
- klinik/avd./enhet

Avvikelse rapporter från kommun till slutenvård/regionfinansierad öppenvård skickas i pappersform eller digitalt via säker e-post Cryptshare till:

- berörd enhet, avdelningschef, som gör en avvikelse i Platina, och skannar in kommunens avvikelse i den.

Avvikelse rapporter från slutenvård/regionfinansierad öppenvård till kommunen skickas i pappersform eller digitalt via säker e-post Cryptshare till:

- berörd enhet, enhetschef inom kommunen eller till MAS eller utsedd avvikelsehanterare

Avvikelse som beror på brister i funktionalitet av IT-tjänsten Prator adresseras direkt till systemförvaltare.

Avbrottsrutin

Vid driftsstopp i Prator hänvisas till manuella, centrala och lokala rutiner. Om driftsstoppet är långvarigt och kallelse måste ske använd muntlig/skriftlig kommunikation via telefon/e-post/brev för samordning av mötestid och träff.

Nyttja befintliga pappersmallar

- Blankett för stöddokumentation vid faktiskt SIP möte och vid driftstopp i IT tjänsten Prator
- Avbrottsplan vid driftstopp i IT tjänsten Prator 2018

Bilagor

1. Lagar och förordningar

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
SFS 2019:979 Lag om ändring i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
Prop. 2016/17:106
Övergångsbestämmelse till Prop. 2016/17:612 för psykiatri
Patientlagen (SFS 2014:821)
Patientdatalagen (SFS 2008:355)
Socialtjänstlagen (SFS 2001:453)
Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30)
Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387)
Lag om tvångs psykiatrisk vård (SFS 1991:1 128)
Lag om rättspsykiatrisk vård (SFS 1991:1 129)
Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)
Lag om egenvård (2022:1250)

Föreskrifter och allmänna råd

Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37)
Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. (SOSFS 2004:11)
Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård (SOSFS 2005:27)
Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18)
Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2007:10, senast ändrad genom 2008:20)

Meddelandeblad, Handböcker och SKL cirkulär

Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (2009)
Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig - Handbok för vårdgivare, chefer och personal (2015)
Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan, Nationell vägledning, Socialstyrelsen, okt.2017

2. Avtal, överenskommelser och rutiner mellan huvudmännen i Västerbottens län

Alla länsavtal, -överenskommelse och -rutiner samt och bilagor som hänvisas till finns på

<https://www.regionvasterbotten.se/for-varldgivarer/samverkan/regional-samverkan-for-halsa-varld-och-omsorg/omraden-for-samverkan/avtal-overenskommelser-och-rutiner>

- Ansvar för vissa hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende – rutiner och ersättning (2011-01-01)
- Vägledning till "Avtal om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende mellan Västerbottens läns landsting och kommunerna i Västerbottens län (2018-02-05)
- Ramavtal om Läkarmedverkan (2022-01-01)
- Överenskommelse mellan region Västerbotten och kommunerna i Västerbotten om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2022-01-01)
- SVU länsrutin för samverkan mellan regionen och kommunerna i Västerbottens län vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2023-03-01)
- Rutin för SVU och SIP processen vid korttidsvistelse (2020-11-20)
- Avbrottsplan vid driftstopp i IT-tjänsten Prator (2018)
- SIP länsrutin för samverkan mellan regionen och kommunerna i Västerbottens län vid upprättande av en samordnad individuell plan med stöd av IT-tjänsten Prator (2020-11-20)

3. Manualer och checklistor

För SVU processen

- Manual - ett stöd vid svar på inskrivning i Prator
- Manual - ett stöd vid upprättande av utskrivningsrapport i Prator
- Checklista för slutna vård vid utskrivning
- Checklista för fast vårdkontakt i samband med utskrivning från slutenvård
- Checklista för kommuner inför att ange kommunklar
- Säker dos i Västerbotten
- SMA Safe Medication Assessment
- Lathund - SVU och SIP flöden i Prator
- Mall vid upprättande av lokal rutin SVU i Prator

För SIP möte

- Bokning och uppkoppling digitala SIP via Pexip
- Checklista för digitalt SIP möte
- Manual för genomförande av SIP
- Information om "Mötescirkeln SIP" från SKR
- Blankett för stöddokumentation vid faktiskt SIP möte
- Fickmanual för SIP processen i Prator
- Mall för lokal rutin SIP i IT tjänsten Prator

4. Patientbroschyrer

- SVU Patientbroschyr
- SIP broschyr för den enskilde

5. Begrepp, termer och förkortningar

Egenvård

Med egenvård avses en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient kan utföra själv eller med hjälp av någon annan²³.

Faktiskt utskrivningsdatum

Anges i Prator som det datum när patienten faktiskt går hem

Fast vårdkontakt

En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet²⁴.

Om patienten redan har en fast vårdkontakt vid enheten, får denne fortsätta att vara patientens fasta vårdkontakt²⁵.

Funktionstillstånd/Aktivitet/Delaktighet²⁶

Funktionstillstånd utgör en paraplyterm för alla kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet.

Aktivitet är en persons genomförande av en uppgift eller handling.

Delaktighet är engagemang i en livssituation.

Förmöte

Möte innan faktiskt SIP-möte för att klargöra ansvarsfördelning, samt informationsutbyte inför utskrivning. Deltagarna kan bestå av vård- och omsorgspersonal med olika professioner och/eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde.

Hälso- och sjukvård

Åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Initiativ till SIP

Ett ärende för en SIP-process i Prator skapas genom att ett Initiativ skickas till berörda deltagare i framtagandet av en SIP-plan för en enskild person. Här registreras samtycke och anledning till initiativet.

Kommunklar

Meddelande i Prator där datum kan anges för när tidigast hemgångsdatum kan verkställas.

23. Lag om egenvård (2022:1250) 2§

24. Patientlag (2014:821), 6 kap. 1–2 §

25. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 2 kap. 5 §

26. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF. Socialstyrelsen 2001.

Korttids

Korttidsplats innebär en bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt. (Socialstyrelsens termbank)

Växelboende och korttidsvistelse är två tillfälliga boendeformer där äldre kan bo i samband med sjukhusvistelse eller för att närstående ska få avlastning."(Boverket).

Beslut om korttidsvistelse är ett myndighetsbeslut enligt Sol eller LSS som endast kan tas av biståndshandläggare i kommunen.

Målgrupp

Målgruppen är personer, i alla åldrar, som efter utskrivning från den slutna vården behöver insatser från socialtjänsten och/eller den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården samt den regionfinansierade öppna vården.

Nationell patientöversikt (NPÖ)

Gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registreras hos andra region, kommuner samt privata vårdgivare²⁷.

Omgivningsfaktorer

Utgör den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken människor lever och verkar²⁸.

Primärvård

Med primärvård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens²⁹.

Regionfinansierad öppenvård

Innefattar primärvård vid hälsocentraler, vård vid regionens specialiserade mottagningar samt sjukhusansluten hemsjukvård, hemrehabilitering, dagrehabilitering samt öppen psykiatrisk vård.

Samordnad individuell plan (SIP)

Vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård och omsorgsplanering³⁰.

27. Länk till <https://www.inera/tjanster/nationell-patientoversikt-npo/> alt 1177

28. ICF: definitioner

29. SFS 2020:1043 om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 2 kap. 6§

30. Socialstyrelsens termbank

Samverkan vid utskrivning (SVU)

SVU är namnet på den översikt i Prator som visar alla vårdperioder som den aktuella enheten har ansvar för. Varje rad visar en patients vårdperiod.

Samtycke

Samtycke till informationsöverföring mellan huvudmän och medgivande till hembesök och hemsjukvård ska inhämtas. Ett muntligt samtycke räcker. Samtycke ska alltid dokumenteras i patientjournalen. Aktuell vårdgivare ansvarar för att inhämta patientens samtycke. Presumtivt samtycke bygger på att personalen förutsätter att patienten vill att en åtgärd ska genomföras utan att samtycke kan uttryckas muntligt eller skriftligt.

SBAR

SBAR är ett strukturerat sätt att kommunicera i vården. SBAR står för Situation – Bakgrund - Aktuellt tillstånd – Rekommendation. Används för kartläggning av patient-/brukarinformation i SIP-modulen.

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 missbrukare³¹.

Sluten vård

Hälso- och sjukvård som ges till en patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård³².

SÄBO

Beslut om korttidsvistelse är ett myndighetsbeslut enligt SoL eller LSS som endast kan tas av biståndshandläggare i kommunen.

Utskrivningsklar

Bedömning av om en patient är utskrivningsklar är en professionell bedömning som den behandlande läkaren inom den slutna vården ska göra utifrån sitt yrkesansvar.

När den behandlande läkaren har bedömt att en patient är utskrivningsklar, ska slutenvården så snart som möjligt underrätta berörda enheter om denna bedömning, om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det³³.

Läkaren avgör med hänsyn tagen till patientens tillstånd samt till vetenskap och beprövad erfarenhet när en patient är utskrivningsklar, det vill säga när patienten inte längre är i behov av sluten vård. I bedömningen av om patienten medicinskt är i behov av sluten vård ligger rimligen inte att först ta reda på

vilka resurser kommunen kan tillföra – antingen är patienten i behov av vård vid en enhet som ger sluten vård eller inte. Regeringen förutsätter att läkaren gör sin bedömning bl.a. utifrån vad övriga professioner har att tillföra, men att ansvaret för bedömningen ytterst ligger hos behandlande läkare³⁴.

Utskrivningsmeddelande

Skriftligt meddelande i Prator om att patienten planeras att skrivas ut.

Öppen vård

Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar³⁵.

31. Prop. 2016/17:106, bet. 2016/17: SoU18, rskr. 2016/17:326

32. Socialstyrelsens termbank

33. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

34. Prop. 2016/17:106, s 54 ff

35. Socialstyrelsens termbank

Ett samarbete mellan

