

Rutin

Fastställt av: Camilla M Andersson

Upprättat av: Helen Hellström-Johansson

Granskare: Yvonne E Nygren

Organisation gäller inom: Region Västerbotten, Hälso- och Sjukvårdsförvaltning, Kommuner i Västerbotten, Hälso- och sjukvårdstab Västerbotten

Samverkan vid utskrivning, länsrutin (SVU)

Förändringar från föregående utgåva

Genomgående förändring/revidering av innehållet på grund av byte från IT-stödet Prator till Lifecare SP (SPU). I systemet Lifecare SP används begreppet SPU i stället för SVU.

Omfattning

Rutinen gäller för all personal inom den regionfinansierade hälso- och sjukvården, den kommunala hälso- och sjukvården samt socialtjänsten i Västerbotten.

Bakgrund

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, SVU, 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 öppenvården. Lagen innebär att verksamheternas egen planering börjar vid inskrivningsmeddelande 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.

En reviderad överenskommelse mellan region Västerbotten och kommunerna i Västerbottens län om nytt arbetssätt att hantera betalningsansvar infördes från och med 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 överenskommelsen regleras gemensamma mål för utskrivningsprocessen och hur betalningsansvar ska tillämpas i de fall en kommun inte når måluppfyllelse.

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. Den finns på Region Västerbottens webb [Avtal, överenskommelser och rutiner](#)

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Syfte

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 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 är att enskilda som inte längre har behov av slutenvårdens resurser ska kunna skrivas ut inom ett dygn från sjukhus/sjukstuga på ett säkert sätt. Detta är dock inte ett kriterium för betalningsansvar.

Den enskilde ska med behovsanpassade insatser få möjlighet att leva så självständigt som möjligt och bli bemött med respekt för sitt självbestämmande och integritet.

Lagar och andra krav

Lagar

- [Lag \(2017:612\) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård | Sveriges riksdag](#)
- [Hälso- och sjukvårdslag \(2017:30\) | Sveriges riksdag](#)
- [Socialtjänstlag \(2001:453\) | Sveriges riksdag](#)
- [Lag \(1993:387\) om stöd och service till vissa funktionshindrade | Sveriges riksdag](#)
- [Lag \(2022:1250\) om egenvård | Sveriges riksdag](#)
- [Lag \(1991:1128\) om psykiatrisk tvångsvård | Sveriges riksdag](#)
- [Lag \(1991:1129\) om rättspsykiatrisk vård | Sveriges riksdag](#)
- [Patientlag \(2014:821\) | Sveriges riksdag](#)
- [Patientdatalag \(2008:355\) | Sveriges riksdag](#)
- [Patientsäkerhetslag \(2010:659\) | Sveriges riksdag](#)
- [Offentlighets- och sekretesslag \(2009:400\) | Sveriges riksdag](#)

Föreskrifter och allmänna råd

- [Sekretess- och tystnadspliktsgränser - I socialtjänsten och i hälso- och sjukvården](#)
- [Ordnation och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården \(HSLF-FS 2017:37\)](#)

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

- [SOSFS 2004:11 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.](#)
- [Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden \(SOSFS 2007:10\) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering](#)

Meddelandeblad, Handböcker och SKL cirkulär

- [Ändrade regler vid egenvård – Meddelandeblad Nr 1/2023](#)
- [Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård](#)
- [Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig](#)
- [Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan, Nationell vägledning](#)
- [Ändrade regler vid egenvård – Meddelandeblad Nr 1/2023](#)
- [Kunskapsstöd för egenvård – enligt egenvårdslagen](#)

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-vardgivare/samverkan/regional-samverkan-for-halsa-var-d-och-omsorg/omraden-for-samverkan/avtal-overenskommelser-och-rutiner>

- [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 inom kommunernas hälso- och sjukvård i Västerbotten \(1\).pdf](#)
- Överenskommelse och länsrutin mellan Region Västerbotten och kommunerna i Västerbottens län om samverkan i samband med bedömning, planering, utförande och uppföljning av egenvård (2025-02-21)
- SVU länsrutin för samverkan mellan regionen och kommunerna i Västerbottens län vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (2023-03-01)
- SIP länsrutin för samverkan mellan regionen och kommunerna i Västerbottens län vid upprättande av en samordnad individuell plan med stöd av IT-tjänsten Lifecare SP (2025-02-21)
- Rutin för SVU och SIP processen vid korttidsvistelse (2025-02-21)
- Avbrottsplan vid driftstopp i IT tjänsten Lifecare SP
- Säker dos i Västerbotten
- SMA Safe Medication Assessment

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Ansvar och befogenheter

- Verksamhetschefer ansvarar för att upprätta lokala rutiner utifrån respektive huvudmans behov och förutsättningar samt rutin för loggkontroller. Lokala rutiner för samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska grunda sig på, och överensstämja med, Länsrutinen.
- Chefsöverläkare eller delegerad överläkare inom den psykiatriska slutenvården ansvarar för att upprätta en vårdplan i samråd med den enskilde och berörda enheter för patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård
- Alla parter har ett gemensamt ansvar för att genomföra en effektiv utskrivningsprocess, genom att tillhandahålla resurser, säkra kontaktvägar och informationsöverföring som beskrivs i denna rutin
- Länsamverkansgruppen 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 Lifecare SP 2025-02-21

Beskrivning/Genomförande

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 2025-05-07 då IT-stödet Prator ersätts av Lifecare SP.

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

Parternas ansvar i SVU processen

- Utskrivning ska kunna ske alla dagar under förutsättning att planeringen är klar och kommunicerad.
- Begreppet regionfinansierad öppenvård innefattar primärvård, vård vid regionens

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

specialiserade mottagningar samt sjukhusansluten hemsjukvård, hemrehabilitering, dagrehabilitering samt öppen psykiatrisk vård.

- Alla berörda enheter ska påbörja sin planering av egna insatser när man fått ett inskrivningsmeddelande.
- För ytterligare information om ansvarsförhållanden, var god se under rubriken Ansvar och befogenheter.
- Vid komplexa ärenden och där representanter för regionens och kommunens olika verksamheter behöver träffas för att samordna sin planering, kan ett förmöte bli aktuellt.

Förmöte

Är ett möte som initieras vid komplexa ärenden och där representanter för regionens och kommunens olika verksamheter behöver träffas för att samordna sin planering kring patienten.

Patienten ska alltid informeras om att förmöte planeras och anledningen till att möte behöver genomföras. Patientens delaktighet är viktig i processen.

Om samtycke och sekretess

Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och samordnad individuell planering 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 samtycke.

Om en enskild inte kan samtycka till att sekretessbelagda uppgifter om denna får lämnas ut, kan vårdgivaren i andra hand göra en menprövning 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/enheter 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.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

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 den enskilde inte motsätter sig det.

Bedömning och planering av egenvård

Det är den behandlande legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen som inom sitt ansvarsområde ska bedöma om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård i enlighet med relevanta lagar och författning. Bedöma om den enskilde kan utföra åtgärden själv eller med stöd av någon annan.

Om den enskilde behöver stöd att utföra egenvård av någon som gör det i sin yrkesutövning krävs samplanering med utförande enhet. När specialistvården överför ansvar till regionens primärvård med förslag på fortsatt behandling och uppföljning av egenvård eller hälso- och sjukvårdsåtgärd sker det via remiss.

Den som har gjort bedömningen att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, ansvarar för att egenvården omprövas och följs upp, om det inte är uppenbart obehövligt.

Om ansvaret för omprövning och uppföljning överlämnas till legitimerad yrkesutövare inom annan verksamhet eller vårdnivå, till exempel från slutenvård till den regionfinansierade öppenvården eller kommunal hälso- och sjukvård ska det tydligt framgå i Planeringsunderlaget och i Patientinformationen i Lifecare SP.

Om riskanalysen visar att hälso- och sjukvårdsåtgärden inte kan utföras som egenvård utförs åtgärden i stället som hälso- och sjukvård.

För mer information se Överenskommelse och länsrutin mellan Region Västerbotten och kommunerna i Västerbottens län om samverkan i samband med bedömning, planering, utförande och uppföljning av egenvård (2025-02-21)

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".

Ansvarsfördelningen, vad som ska göras och av vem ska finnas beskriven i gällande SIP. Den regionfinansierade öppenvårdens 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 vårdkontakterna.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

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

Bilaga SVU och SIP-rutin vid utskrivning till korttidsvistelse finns på Region Västerbottens webb - [Avtal, överenskommelser och rutiner](#)

Kommunikation via Lifecare SP

All kommunikation som omfattas av Samverkan vid utskrivning i Västerbotten, i denna rutin, ska så långt som möjligt ske via IT-tjänsten Lifecare SP. Lifecare SP ska bevakas enligt befintliga och beslutade lokala rutiner, men måste ske både förmiddag och eftermiddag för att säker utskrivning ska uppnås.

Det bygger på ett aktivt deltagande som innebär att alla involverade enheter läser, kvitterar och gör sin planering i enlighet med länsrutinen. Dokumentation sker av alla berörda enheter/professioner.

Generella meddelanden

Används endast för information som inte ryms inom ramen för andra meddelanden. Under ett pågående vårdtillfälle kan alla adresserade parter skicka generella meddelanden för att kommunicera med varandra exempelvis mellan rehab enheten i kommunen och slutenvård i samband med den egna planeringen.

Återkallar slutenvården exempelvis en utskrivning visas även det i form av ett generellt meddelande hos mottagarna. Om meddelandet skickas till alla i adresseringen syns det av alla och alla måste kvittera. Riktas meddelandet till en enhet, blir det inte synligt hos övriga enheter i processen. Enheter som inte finns adresserade kan inte läggas till i meddelandet.

Meddelanden utanför vårdtillfället

Meddelande utanför vårdtillfälle kan användas för att skicka information mellan olika enheter som inte finns med i adresseringen. Det går att skicka till vilken enhet som helst i Lifecare SP

Meddelandet kan skickas utan att patienten har ett pågående vårdtillfälle. Ett exempel på det kan vara att regionfinansierad öppenvård initierar ett hembesök från kommunal hälso- och sjukvård.

Meddelandet kan också skickas då patienten har ett pågående vårdtillfälle. Ett exempel på det kan vara för beställning av enstaka hembesök från regionens slutenvård till kommunal hälso- och sjukvård. Ett annat exempel kan vara vid kommunikation mellan rehab enheter inom kommun och regionen

Det går inte att skicka ett meddelande utanför vårdtillfälle utan att först tagit patientens samtycke. Information om samtycke måste därför ALLTID anges.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Vårdbegäran

Projektgruppen har beslutat att vårdbegäran inte ska användas vid driftsstart av Lifecare SP. Kommer användas först då akutmottagningarna i länet införts i Lifecare SP.

Inskrivning i hemsjukvård

Hälso- och sjukvård i ordinärt boende är en del av den kommunala primärvården där medicinskt ansvarig läkare finns i den regionfinansierade primärvården. I vissa fall kvarstår läkaransvar för delar av den medicinska vården hos en eller flera läkare inom den specialiserade öppenvården/sjukhusvården. Om behov finns av hembesök sammanhängande över tid är det endast primärvårdsläkare som skriver in och ut patienter i hemsjukvård.

Det är den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppenvården som ansvarar för informationsöverföring till kommunal hälso- och sjukvård via kallelse till SIP i Lifecare SP.

Då tidpunkt för informationsöverföring, det vill säga kallelse till SIP är väsentlig för den egna planeringen inom kommunernas hälso- och sjukvård bör den ske så snart som möjligt men senast vid utskrivningsklardatum. I kartläggning och kallelse 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.

Behov av enstaka hembesök från kommunens hemsjukvård

Efter patientens samtycke kan slutenvården 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 sker då via meddelande utanför vårdtillfället i Lifecare SP och ska dokumenteras enligt SBAR. Vid informationsöverföringen ska det tydligt framgå anledning till

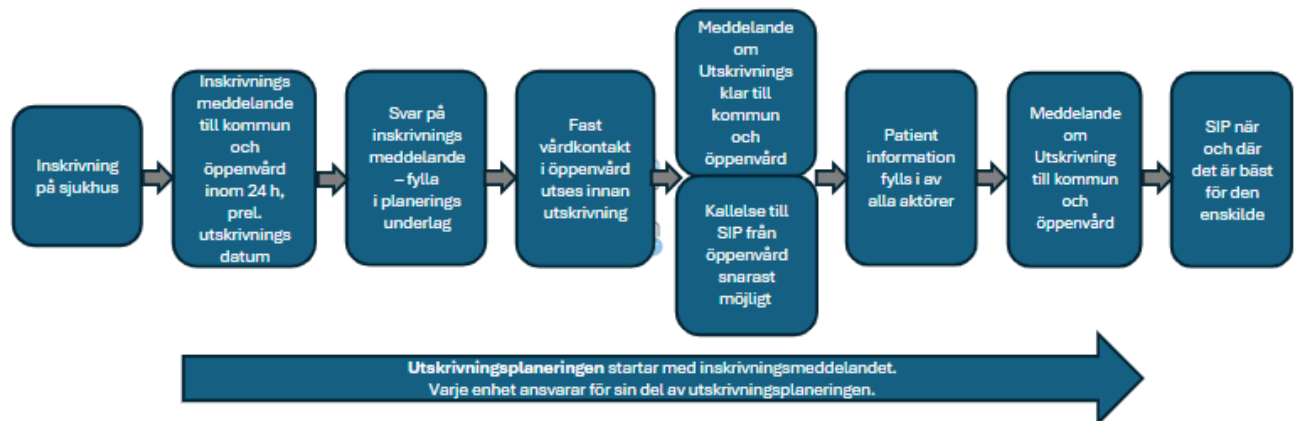
hembesök och ordinerad åtgärd. Uppdraget ska vara dokumenterat i epikrisen i patientjournalen.

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

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

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Samverkan vid utskrivning - Utskrivningsprocessen



Den egna planeringen inför utskrivning

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 berörda enheter, som kvitterat och besvarat inskrivningsmeddelande, 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 då kan ske på ett samordningsmöte eller via telefonkontakt. Informationsöverföring sker då enligt rutin, via kallelse till SIP i Lifecare SP.

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

- Medicintekniskutrustning, exempelvis andningshjälpmedel eller hjälpmedel/utrustning knuten till nutrition eller infusion
- Utbildning/kompetensbehov
- Behov av stöd vid läkemedelshantering
- Personligt förskrivna hjälpmedel
- Dietist påbörjar en första förskrivning av nutitionsprodukter, sondnäring och pump inför hemgång. Avdelningen säkerställer att nutitionsprodukter, sondnäring, pump och tillhörande förbrukningsmateriel finns den första tiden i hemmet. Övrig information gällande nutrition se [Nutritionsrutiner hemsjukvård Västerbotten 2024](#)

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Inskrivningsmeddelande

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

När en person registreras i Lifecare SP ska fullständigt personnumret anges och sökas via förstoringsglaset till höger på raden. Då visas uppgifter från befolkningsregistret och listningstjänst. Visas inte det kan personen inte registreras i Lifecare SP. Personuppgifter, till exempel namn och adress ska aldrig anges manuellt.

Läkaren bedömer efter samråd med övriga professioner i teamet om behov av insatser/åtgärder kan komma att behövas från socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård efter utskrivning.

Innan inskrivningsmeddelande skickas behöver patientens samtycke inhämtas till informationsöverföring i Lifecare SP och nationell patientöversikt NPÖ. Om patienten ej samtycker får endast uppgifter från folkbokföringen, inskrivande vårdavdelning och beräknat utskrivningsdatum anges. Ingen informationsöverföring, mellan huvudmännen, om tidigare socialtjänstinsatser och/eller behandlingsåtgärder från den regionfinansierade och/eller kommunala primärvården samt aktuella vårdbehov på sjukhuset får delges varandra.

Inskrivningsmeddelande med beräknat utskrivningsdatum 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 inskrivningsmeddelande snarast efter bedömningen. Inskrivningsmeddelande kvitteras och besvaras av adresserade enheter genom fastställda frågor alla dagar. Svaren på inskrivningsmeddelande blir grunden till planeringsunderlaget.

Ändrat beräknat utskrivningsdatum

Vid ändrat beräknat utskrivningsdatum måste slutenvården ändra/skicka om inskrivningsmeddelande med nytt preliminärt utskrivningsdatum. Meddelandet behöver läsas och kvitteras av alla adresserade enheter, frågorna i inskrivningsmeddelande behöver inte besvaras igen.

Planeringsunderlag

Slutenvården öppnar planeringsunderlaget. Underlagen består av fastställda frågor med Ja eller Nej svar. Fritextrutor finns för att beskriva pågående insatser, nya/eller förändrade behov. Vid dokumentation i planeringsunderlaget ange datum, namn och yrkestitel. Sammanställningen av alla svar bildar en spårfärg och spårfärgen är vägledande för den fortsatta planeringen.

Planeringsunderlaget ska ge en utförlig beskrivning av patienten så att berörda enheter i samråd med

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

den enskilde och/eller närstående har möjlighet att göra en planering för en säker hemgång. Planeringsunderlaget ska uppdateras vid förändringar, vilket kan ske fram till utskrivning. Planeringsunderlaget kan inte makuleras.

Spårfärg

Blått spår = Utan förnyad planering vid endast socialtjänst - Ingen kallelse till SIP

Känd patient med oförändrade insatser/åtgärder från socialtjänsten till exempel socialpsykiatri (boendestöd, sysselsättning), hemtjänst, personlig assistans eller kontakt med socialsekreterare. Inga tidigare eller nya insatser av kommunal hälso- och sjukvård eller rehabilitering. Inget behov av samordning mellan huvudmännen eller från psykiatrisk öppenvård. Patient med stabil planering förutsätter hemgång så snart som möjligt efter utskrivningsklar, dock senast dagen efter utskrivningsklar.

Grönt spår = Utan förnyad planering – Regionfinansierad öppenvård tar ställning om SIP ska ske eller inte.

Känd patient som sedan tidigare har hälso- och sjukvårdsåtgärder från kommunal hälso- och sjukvård eller rehabilitering. Patienten kan även ha insatser från socialtjänsten. Patienten har vid utskrivning oförändrade behov. Om SIP saknas ska den regionfinansierade öppenvården i samråd med patienten ta ställning till om SIP ska upprättas efter utskrivning. Om SIP finns ska den regionfinansierade öppenvården i samråd med patienten ta ställning till om SIP ska uppdateras efter utskrivning. Patient med stabil planering förutsätter hemgång så snart som möjligt efter utskrivningsklar, dock senast dagen efter utskrivningsklar.

Gult spår = Vid nytt eller förändrat behov – Regionfinansierad öppenvård ansvarar för samordning och kallelse till SIP

Patient med nya eller förändrade behov av åtgärder från den kommunala hälso- och sjukvården, rehabilitering och/eller insatser från socialtjänsten och/eller får beslut om korttidsvistelse. Med eller utan tidigare upprättad SIP. Vid behov av samordning ska kallelse till samordnad individuell planering skickas senast utskrivningsklardatum. (SIP mötet alternativt uppföljning ska genomföras utan dröjsmål, senast inom 4 veckor efter utskrivning). Överväg förmöte.

Rött spår = Vid omfattande behov - SIP kan då ske på sjukhuset. Regionfinansierad öppenvård ansvarar för samordning och kallelse till SIP.

Patient med behov av omfattande nya och/eller förändrade hälso- och sjukvårds, rehabiliteringsinsatser. Vid bedömning ska hänsyn tas till om det krävs avancerade sjukvårds- och rehabiliteringsinsatser i hemmet. Gör en riskbedömning, ta ställning till behov av övervakning och

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

behov av kompetens som kräver utbildning av kommunens personal. SIP kan upprättas på sjukhus innan hemgång och då följas upp efter utskrivning enligt beslut på SIP-mötet. Förmöte krävs.

Utskrivningsklar

Meddelande om att en patient är utskrivningsklar skickas alltid, oavsett färgspår. Den behandlande läkaren ska bedöma, utifrån vad övriga professioner i teamet 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. Utskrivningsklardatum kan inte dateras framåt eller bakåt i tiden.

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

Senast vid utskrivningsklardatum skickas kallelse till SIP till berörda enheter/professioner inom kommunens verksamheter och/eller externa aktörer till exempel Försäkringskassan eller

Arbetsförmedlingen. Tidpunkt för SIP-möte planeras utifrån patientens behov men ska ske senast inom 1–4 veckor från utskrivningsklar.

Vid behov av återtag av utskrivningsklar

Om patientens tillstånd förändras, så att den behandlande läkaren bedömer att patienten inte längre är utskrivningsklar, återtas utskrivningsklar. Berörda enheter i den regionfinansierade öppenvården samt kommunen meddelas via ett generellt meddelande. I samband med att utskrivningsklar återtas, sätts ett nytt beräknat utskrivningsdatum genom att man ändrar/skickar om inskrivningsmeddelande. Utskrivningsklar meddelande skickas så snart patienten åter är utskrivningsklar.

Utskrivningsklardatum är en parameter vid beräkning av eventuellt betalningsansvar.

Patientinformation

Patientinformationen är en skriftlig information till patienten inför utskrivning. I patientinformationen ska respektive deltagande enhet dokumentera resultatet av den egna planeringen som överenskommit med patienten inför hemgång. Informationen kan kompletteras eller ändras under hela vårdtillfället, och det är därför viktigt att säkerställa att den är korrekt vid utskrivningstillfället.

Det ska framgå i dokumentet vilka insatser som är aktuella efter utskrivning, vem som är patientens fasta vårdkontakt (hämtas från Primärvårdens registrering) och om känd tidpunkt för när samordnad

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

individuell planering (SIP) ska genomföras. Om behov av insatser från kommunens socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård, förmedlas beviljade/planerade insatser i patientinformation tillsammans med datum och tid för hemgång.

Det är den slutna vården som ansvarar för att patienten får ett utskrivet exemplar av patientinformationen vid hemgång. Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den i stället om möjligt lämnas till närstående/legal företrädare.

Utskrivningsmeddelande

Utskrivningsmeddelandet skickas då patienten lämnar avdelningen i samband med utskrivning. Utskrivningsmeddelandet kan återtas och i samband med det informeras mottagande enheter genom att ett generellt meddelande skickas.

Läkare skickar vårdbegäran i Cosmic för övertagande av medicinskt ansvar till regionfinansierad öppenvård när det finns förändrade behov efter utskrivning.

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. Slutenvården anger, under kontaktorsak, kort vårdtid 24 timmar i inskrivningsmeddelande.

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

SIP kriterier - om, när, var och hur

Patienten ska få information om möjligheten att få en fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten ska också säkerställa att samtycke till SIP har inhämtats och identifierar i samråd med patient/närstående vilka enheter/professioner 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.

Finns samtycke förutsätts att information om SIP har getts till patient och/eller närstående. Broschyr finns att lämna ut till patient och/eller närstående (länk till broschyr)

Den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppenvården är ansvarig för att sammankalla till SIP. Då tidpunkt för informationsöverföring, det vill säga, kallelse till SIP är väsentlig för den egna planeringen inom kommunernas hälso- och sjukvård bör det ske så snart som möjligt men senast vid utskrivningsklardatum. Tidpunkten för SIP ska anpassas utifrån individens behov, men ske senast 1–4 veckor efter det att patienten skrivits ut från slutenvården.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

SIP är aktuellt

- Om patienten saknar SIP då ska den regionsfinansierade öppenvården i samråd med patienten ta ställning till om SIP ska upprättas efter utskrivning. Detta kan då vara en överenskommelse mellan patienten och den regionfinansierade öppenvården
- 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.
- Om patienten 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 öppenvården medverka i den samordnade individuella planeringen.
- Om patienten får beslut om korttidsvistelse och behov av samordning finns. Korttidsvistelse jämföras med ordinärt boende.
- När samordning efterfrågas av den enskilde eller närstående
- Tidigt i processen för att samordna insatser och begränsa beroendegraden
- När kompetens behövs från flera verksamheter
- När ansvarsfördelning behöver tydliggöras
- När insatser ges samtidigt eller i särskild ordningsföljd
- När en person upprepade gånger söker vård
- När en rehabiliteringsplan kan vara aktuell

SIP på sjukhus/sjukstuga kan vara aktuellt innan meddelande om utskrivningsklar skickats – vid behov av:

- medicinsk säkerhet (att övertagande vårdenheter 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).

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

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 planerar insatser och åtgärder som är nödvändiga för att patienten på ett säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården. Planerade insatser ska genomföras även om den gemensamma planeringen inte kan fullföljas.
- Endast har behov av begränsad uppföljande åtgärd av kommunal rehabiliteringspersonal i hemmet, till exempel av förskrivet hjälpmedel efter samråd med kollega i slutenvården, och när samordning med regionfinansierad öppenvård inte behövs flyttar till särskilt boende från sjukhuset.

SIP i samband med utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Fast vårdkontakt i regionfinansierad öppenvård tar kontakt med den enskilde för att inhämta samtycke till SIP och beslutar gemensamt vilka som ska delta på SIP. Därefter skickas kallelse till SIP genom att använda Erbjud SIP knappen i Lifecare SP senast utskrivningsklardatum. I kallelsen skriver man varför samordning behövs i Agenda/kommentar. De som finns med i adresseringen kommer automatiskt att finnas förvalda och kan tas bort från kallelsen, övriga måste läggas till. Först nu får nya mottagare åtkomst till information om patienten. För att de ska kunna bli delaktiga i SVU processen; få utskrivningsklar meddelande, utskrivningsmeddelande, kunna ange insatser i patientinformation mm, måste fast vårdkontakt vidarebefordra inskrivningsmeddelande till dem.

Kartläggningen görs tillsammans med den enskilde när det bedöms lämpligt för hen, men ska vara genomförd innan mötet. Kartläggning kan ske först efter att kallelsen till SIP skickats.

Kallelse till SIP styrs av vilket färgspår planeringsunderlaget visar, se färgspår ovan.

SIP i öppenvården (fristående SIP)

En samordnad individuell plan ska upprättas om någon av huvudmännen inom ramen för hälso- och sjukvård, socialtjänst eller förskola/skola uppmärksammar att en persons vård och/eller omsorgssituation sviktar och samordning behövs för att tillgodose behoven. Behovet av en plan kan också påkallas av den enskilde själv eller närstående. I Lifecare SP används fristående SIP, här finns inga mottagande enheter förvalda utan måste läggas till. Samtycke till SIP måste inhämtas från den enskilde. Tillsammans med den enskilde görs sedan en kartläggning, samråder med den enskilde och/eller närstående vilka enheter/professioner som ska kallas till SIP, datum, tid, plats och

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

mötesform för SIP. Därefter skickas kallelse till SIP. I kallelsen skriver man varför samordning behövs i Agenda/kommentar.

Mötesstruktur vid ett SIP-möte

SIP möte kan genomföras fysiskt på plats i den enskildes hem, på hälsocentral, öppenvårdsmottagning eller på slutenvårdsvårdavdelning, 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. (Länk till genomförande av SIP möte)

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 videomötet är ett alternativ som endast ska nyttjas när uppkoppling via dator eller platta inte fungerar.

SIP processen i IT – tjänsten Lifecare SP

Allmänt

- Lokala rutiner ska finnas på varje enhet för hur man hanterar arbetsprocessen gällande användande och daglig bevakning i Lifecare SP i den egna verksamheten.
- Endast ett SIP ärende kan vara aktivt per person.
- En person kan ha både ett SVU ärende och ett SIP ärende i gång samtidigt.
- Informationen i Lifecare SP räknas som en allmän handling belagd med sekretess.
- Förmöte - Är ett möte som initieras vid komplexa ärenden och där representanter för regionens och kommunens olika verksamheter behöver träffas för att samordna sin planering kring patienten. Patientens ska alltid informeras om att förmöte planeras och anledningen till att möte behöver genomföras. Patienten delaktighet är viktig i processen.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Kallelse till SIP planering

- Skickas då den enskilde har behov av samordnade insatser från både region och kommun och efter inhämtat samtycke.
- Skickas i samråd med den enskilde och utan dröjsmål av samordningsansvarig.
- Skickas av patientens fasta vårdkontakt i den regionfinansierade öppenvården.
- Fast vårdkontakt i regionfinansierad öppenvård är samordningsansvarig för kallelse till SIP.
- Vid videomöte skickas uppkopplingsinformation till berörda parter i elektronisk form.
- Alla professioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänsten som har pågående eller planerade insatser är skyldiga att delta på en SIP.
- Verksamhetsföreträdare som ska delta vid mötet förbereder sig genom kartläggning av vård-, omsorgs- och stödinsatser. Varje verksamhetsföreträdare som deltar ansvarar för dokumentation i eget aktuellt dokumentationssystem.

Kartläggning SIP

- Kartläggningen kan fyllas i först efter att kallelse till SIP skickats
- Kartläggning finns under SIP underlaget. Underlaget är standardiserat med möjlighet till fri text.
- Kartläggningen görs tillsammans med den enskilde när det bedöms lämpligt för hen, men ska vara genomförd innan mötet.
- Information som dokumenteras här sker i samråd med den enskilde och ska vara relevant för att mötesdeltagare kan förbereda sig inför SIP mötet.
- Information kan även lämnas under rubriken agenda/kommentar i kallelsen till SIP.

Samordnad individuell plan

- SIP möte kan genomföras i hemmet, digitalt, telefon, annan plats eller på sjukhuset. SIP via telefon är endast en nödlösning om digital uppkoppling inte är möjligt.
- Om mötet sker digitalt ska minst en profession från region eller kommun deltar fysisk med den enskilde och det ska tydlig framgå för den enskilde vilken profession som deltar digitalt.
- Ordförande utses, företrädesvis den profession som närvarar med den enskilde.
- Dokumentationsansvarig utses företrädesvis den profession som har tillgång till Lifecare SP.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

- En pappersmall finns att använda när mötet sker i hemmet utan tillgång till Lifecare SP och vid driftstopp av Lifecare SP. (Bilaga: Stöddokumentation vid faktiskt SIP möte)
- Huvudmål, delmål och insatser/åtgärder planeras med den enskilde och ansvarig utses för varje delmål och insats/åtgärd
- Tid för uppföljning och utvärdering bestäms på mötet av berörda enheter utifrån den enskildes behov. Planen delges den enskilde.
- Vid byte av samordningsansvarig registreras det i Lifecare SP.

Uppföljning av plan

- Kallelse till uppföljning av plan skickas av samordningsansvarig till berörda deltagare enligt överenskommet datum. Uppföljning kan ske hemmet, digitalt, telefon, annan plats. SIP via telefon är endast en nödlösning om digital uppkoppling inte är möjligt.
- Uppföljning av i planen bestämda delmål, insatser/åtgärder sker av respektive utsedd ansvarig senast dagen innan fastställt datum för uppföljning
- Respektive utsedd ansvarig skriver uppföljningskommentar.
- Kallade enheter som har pågående insatser hos den enskilde har en laglig skyldighet att delta vid uppföljning av SIP.

Bedömning om SIP sker före eller efter utskrivning är individuell och utgår från utfall i planeringsunderlaget (färgspår)[20]:

För patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov ska SIP ske före det att meddelande om utskrivningsklar skickats. Fast vårdkontakt i regionfinansierad öppenvård ska i samråd med övriga enheter, patient och närstående, besluta om SIP möte ska göras före eller efter utskrivning.

SIP kan vara aktuellt innan utskrivningsklarmeddelande skickats - vid behov av (se färgspår)

- 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).

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

- SIP är aktuellt om patienten (se färgspår)
- saknar SIP då ska den regionsfinansierade öppenvården i samråd med patienten ta ställning till om SIP ska upprättas efter utskrivning. Detta kan då vara en överenskommelse mellan patienten och den regionala öppenvården (grönt spår)
- 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. (grönt/gult spår)
- 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 planeringen.[21] (gult spår)
- får beslut om korttidsvistelse och behov av samordning finns. Korttidsvistelse jämföras med ordinärt boende.[22] (gult spår)

SIP är aktuellt om patienten (se färgspår)

- saknar SIP då ska den regionsfinansierade öppenvården i samråd med patienten ta ställning till om SIP ska upprättas efter utskrivning. Detta kan då vara en överenskommelse mellan patienten och den regionala öppenvården (grönt spår)
- 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. (grönt/gult spår)
- 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 planeringen.[21] (gult spår)
- får beslut om korttidsvistelse och behov av samordning finns. Korttidsvistelse jämföras med ordinärt boende.[22] (gult spår)

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

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

han eller hon motsätter sig själva insatserna från berörda enheter. Varje enhet planerar insatser och åtgärder som är nödvändiga för att patienten på ett säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården. Planerade insatser ska genomföras även om den gemensamma planeringen inte kan fullföljas.[23]

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

SIP i öppenvården

- En samordnad individuell plan ska upprättas om någon av huvudmännen inom ramen för hälso- och sjukvård, socialtjänst eller förskola/skola uppmärksammar att en persons vård och/eller omsorgssituation sviktar och samordning behövs för att tillgodose behoven. Behovet av en plan kan också påkallas av den enskilde själv eller närstående.

När behövs SIP?

- När samordning efterfrågas av den enskilde eller närstående
- Tidigt i processen för att samordna insatser och begränsa beroendegraden
- När kompetens behövs från flera verksamheter
- När ansvarsfördelning behöver tydliggöras
- När insatser ges samtidigt eller i särskild ordningsföljd
- När en person upprepade gånger söker vård
- När en rehabiliteringsplan kan vara aktuell

En SIP kan vara aktuell om

- den enskilde är aktualiserad hos huvudmännen eller har en pågående kontakt/insats från de verksamheter som behöver delta i en planering
- en av verksamheterna uppmärksammar ett behov av SIP, även om den enskilde inte är aktualiserad hos den andre huvudmannen
- det inte redan finns andra samordnade planer som motsvarar SIP

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Mötesstruktur vid ett SIP – möte

SIP möte kan genomföras fysiskt på plats i den enskildes hem, på hälsocentral, öppenvårdsmottagning eller på slutenvårdsvårdavdelning, 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.

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 videomötet är ett alternativ som endast ska nyttjas när uppkoppling via dator eller platta inte fungerar.

SIP processen i IT – tjänsten Lifecare

Allmänt

- Lokala rutiner ska finnas på varje enhet för hur man hanterar arbetsprocessen gällande användande och daglig bevakning i Lifecare 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 SPU 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.

Kallelse till SIP planering

- 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.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

- Fast vårdkontakt är samordningsansvarig för kallelse till SIP.

Kartläggning (SBAR)

- Kartläggning enligt SBAR är inte obligatorisk utan frivillig i Lifecare SP
- Information som dokumenteras här ska vara relevant så att mötesdeltagarna kan förbereda sig inför SIP mötet.

Samordnad individuell plan

- Ordförande utses, företrädesvis den profession som närvarar med den enskilde.
- Dokumentationsansvarig utses företrädesvis den profession som har tillgång till Lifecare SIP.
- En pappersmall finns att använda när mötet sker i hemmet utan tillgång till Lifecare och vid driftstopp av Lifecare. (Bilaga: Stöddokumentation vid faktiskt SIP möte finns på Region Västerbottens webb [Avtal, överenskommelser och rutiner](#))
- 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 låses av samordningsansvarig enligt överenskommelse på mötet och delges den enskilde.
- Vid byte av samordningsansvarig registreras det i Lifecare.

Uppföljning av plan

- Kallelse till uppföljning av plan skickas av samordningsansvarig till berörda deltagare enligt överenskommelse datum. Uppföljning kan ske hemmet, digitalt, telefon, annan plats. SIP via telefon är endast en nödlösning om digital uppkoppling inte är möjligt.
- Uppföljning av i planen bestämda delmål, insatser/åtgärder sker av respektive utsedd ansvarig senast dagen innan fastställt datum för uppföljning
- Respektive utsedd ansvarig skriver uppföljningskommentar.
- Kallade enheter som har pågående insatser hos den enskilde har en laglig skyldighet att delta vid uppföljning av SIP.

Utvärdering och avslut av plan

- Samordningsansvarig ansvarar för att tillsammans med den enskilde utvärdera måluppfyllnad för huvudmålet.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

- Utvärdering av delmål och insatser görs tillsammans med den enskilde och de parter som ansvarar för respektive delmål och insats.
- 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.
- SIP avslutas när samtliga parter i samråd med den enskilde bedömer att målen i SIP är uppfyllda eller att den inte längre är aktuell.

Meddelandefunktioner

- Används endast för administrativ information som rör det aktuella SIP ärendet. I samverkan vid utskrivning kan Generella meddelanden skickas och vid SIP i öppenvård (fristående SIP) kan Meddelande utanför vårdtillfället skickas.
- Journalinformation som rör den enskilde ska i första hand dokumenteras i Kartläggning, Samordnad individuell plan, Uppföljning och Utvärdering.

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

När den reviderade överenskommelse mellan Region Västerbotten och kommunerna i Västerbottens län om samverkan vid utskrivning från sluten 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

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

utskrivningsklar.

Om problemet med fördröjd hemgång trots analys av orsaker och åtgärder kvarstår månad tre, granskas fakturaunderlag från Lifecare och bedömning sker om kriterier för betalningsansvar är uppfyllda enligt lagen 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

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

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. 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 vårddyg i den slutna vården.

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

Former för hur tvister mellan parterna ska lösas

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 slutna hälso- och sjukvård"

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

- konsekvens
- risk
- åtgärd
- förbättringsförslag
- klinik/avd./enhet

Avvikelse rapporter från kommun till slutenvård/regionfinansierad öppenvård

- skickas digitalt via e-tjänst på [Region Västerbottens hemsida](#)

Avvikelse rapporter från slutenvård/regionfinansierad öppenvård till kommunen

- skickas i pappersform till berörd chef eller "Socialkontoret" för vidarebefordran till rätt enhet eller utsedd person. I pappersform ifall inte berörd kommun meddelat annat.

Avvikelse i enskilda patient-/brukarärende ska åtgärdas omgående mellan berörda vård- och omsorgsgivare. För att kunna åtgärda problemet omgående bör kontakt tas med berörd enhet i avvaktan på skriftlig avvikelse.

Uppföljning av avvikelser ska genomföras gemensamt och i samråd mellan utsedda personer i berörda verksamheter och beroende på vad avvikelserna visar ska förslag till förbättringar tas fram.

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

Avbrottsrutin

Vid driftsstopp i Lifecare SP 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: (kommer att uppdateras innan driftsstart av Lifecare SP)

Blankett för stöddokumentation vid faktiskt SIP möte finns på Region Västerbottens webb [Avtal, överenskommelser och rutiner](#)

Checklistor och manualer

Checklistor och manualer för SVU och SIP i Lifecare SP är utarbetning.

Patientbroschyrer

SIP broschyr för den enskilde - finns på Region Västerbottens webb [Avtal, överenskommelser och](#)

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

rutiner

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 annan.

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

Funktionstillstånd/Aktivitet/Delaktighet

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.

Färgspår enligt ViSam

Sammanställning av alla svar i planeringsunderlaget bildar en spårfärg och spårfärgen är vägledande för den fortsatta planeringen.

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. Där behov finns kan även den enskilde delta exempelvis om behov av information behöver ges till den enskilde så att han eller hon kan bli delaktig i beslut om sin fortsatta vård och omsorgsplanering.

Hälso- och sjukvård

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

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.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

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 öppenvården.

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 vårdgivare.

Omgivningsfaktorer

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

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 kompetens.

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 omsorgsplanering

Samverkan vid utskrivning (SVU)

SPU är namnet på den översikt i Lifecare SP 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

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

tillstånd – Rekommendation. Används vid kartläggning och informationsöverföring mellan vårdgivare/enheter av patient-/brukarinformation.

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.

Sluten vård

Hälsa- och sjukvård som ges till en patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård

SÄBO

Beslut om särskilt boende/vård och omsorgsboende 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 det. 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 slutna vård. I bedömningen av om patienten medicinskt är i behov av slutna 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 slutna 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 läkare.

Utskrivningsmeddelande

Skriftligt meddelande i Lifecare SP när patienten skrivs ut och avslutar aktuellt vårdtillfälle i Lifecare SP

Öppen vård

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

Dokumentation och arkivering

Dokumentation i relation till rutinen ska göras i avsedda system.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Historik

Detta dokument ersätter tidigare version SVU länsrutin, fastställd av LSG 2023-02-17 som publicerats på Region Västerbottens webb.

Utarbetat av

Anita Lundberg, processledare Socialkontoret Vård och omsorg, Skellefteå kommun

Helen Hellström Johansson, projektgrupp för införande av Lifecare SP, Region Västerbotten

Arbetsgrupp:

Från regionen:

Annelie Svedberg, utskrivningskoordinator/arbetsterapeut strokecenter NUS

Margareta Mannberg, projektgrupp för införande av Lifecare SP

Pernilla Jönsson, äldre-/samordningssjuksköterska, primärvården Vilhelmina

Från kommunerna:

Dagmar Schröder, FoU Socialtjänst, Region Västerbotten

Eva Björklund, biståndshandläggare Socialkontoret, Skellefteå kommun

Marina Lycksell Isaksson, medicinsk ansvarig rehabilitering, Skellefteå kommun

Veronica Iversen, vårdkoordinator hemsjukvård, Umeå kommun

Granskat av:

Sofie Tängman verksamhetsutvecklare vid hälso- och sjukvårdsförvaltningens stab, sektionen för avtal och samverkan

Eva Hemmingsson verksamhetsutvecklare vid hälso- och sjukvårdsförvaltningens stab, sektionen för avtal och samverkan

Ett samarbete mellan



Referenser

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Dokumentinformation

Här anges information om vad som finns i grå ruta, sidhuvud, sidfot och om information angetts om kontrollerade kopior. Det anges här för att kunna läsas av hjälpmedel för synnedsatta. **Denna information får inte tas bort!**

Information i sidhuvud

Bild på region Västerbottens logga.

Versionsnummer: 98370

Giltigt från och med: 2025-04-14

Giltigt till och med: 2027-04-14

Information i grå ruta på första sidan

Dokumenttyp: Rutin

Fastställt av: Camilla M Andersson

Upprättat av: Helen Hellström-Johansson

Granskare: Yvonne E Nygren

Organisation gäller inom: Region Västerbotten, Hälso- och Sjukvårdsförvaltning, Kommuner i Västerbotten, Hälso- och sjukvårdstab Västerbotten

Information i Sidfot

Dokumentnummer: 98370

Kontrollerade kopior

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.