



Riktlinjer för samarbete vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården

Framtagen av Fredagsgruppens beredningsgrupp, granskad av MAS-
gruppen december 2023, beslutad i Fredagsgruppen 24-02-09



GODKÄNT AV
Lisbet Gibson

GRANSKAD AV
Jessica Isaksson

GILTIGT FR O M
2024-03-25



Innehållsförteckning

ALLMÄNT	3
Proaktivt arbete	3
Planerad slutenvård	3
Storhelger	4
PLANERINGSPROCESSEN	5
Vem gör vad under processen	6
INFORMATIONSOVERFÖRING UNDER UTSKRIVNINGSPROCESSEN	10
Inskrivningsmeddelande	10
Information vid permissioner	10
Utskrivningsplanering	10
Meddelande om utskrivningsklar	11
Information till personen	11
Samordnad vårdplan vid tvångsvård/vårdplan enligt LPT/LRV	11
Samordnad individuell plan (SIP)	11

Allmänt

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård¹ syftar till att främja en god hälso- och sjukvård och en socialtjänst av god kvalitet för personer som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller regionfinansierad öppen vård. Med det senare avses Region Jämtland Härjedalens, nedan benämnd regionens, öppna vård inom specialiserad vård- och primärvårdsnivå. Lagen säger att insatserna ska samordnas utifrån personens behov och förutsättningar. För personer som behöver insatser vid öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård ska planering genomföras enligt bestämmelserna om en samordnad vårdplan i lagen om psykiatrisk tvångsvård² och lagen om rättspsykiatrisk vård³.

Regionen och länets kommuner har tecknat ett lokalt avtal⁴: "Samverkan vid in- och utskrivning från slutenvård". Avtalet och dess riktlinjer⁵ gäller berörda verksamheter hos respektive huvudman och beskriver målsättningen att alla ska få möjlighet att komma hem från sjukhuset samma dag som de är utskrivningsklara. Gemensamma styrande dokument publiceras på www.regionjh.se/samverkan. Samverkan vid utskrivning från slutenvården regleras alltså både av lag och lokala överenskommelser mellan huvudmännen. Även andra regelverk inom huvudmännens verksamheter ska följas och innefattas vid utskrivning. I samarbete är dessa principer vägledande utifrån ett invånar- och medarbetarperspektiv:

- Vad är viktigt för invånaren?
- Vi gör det tillsammans.
- Vi tar ansvar för eget arbete, återkopplar till steget före och underlättar för steget efter.

Proaktivt arbete

Genom systematiskt förebyggande arbete av socialtjänst, kommunens hälso- och sjukvård samt regionens öppna vård kan sjukhusvård undvikas. Förebyggande arbete i hemmet innebär att aktivt förutse och planera för framtida situationer med fokus på helheten för personen. En god kvalitet vid utskrivning kan också minska oplanerade återinskrivningar⁶ i slutenvård.

Planerad slutenvård

Vid planerad slutenvård ska personen få anpassad information från regionen om den planerade behandlingen. Egenvårdsbedömning, eller vid behov SIP, kan genomföras innan personen skrivs in i slutenvården. Personen ska utifrån förmåga planera inför sin hemkomst

¹ SFS 2017:612

² SFS 1991:1 128 kap 7a§

³ SFS 1991:1 129 kap 12a§

⁴ enligt SFS 2017:612, 4 kap 5§

⁵ utgår från SFS 2017:612, 4 kap 4§

⁶ Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar (länk)

från sjukhuset, med hjälp av den information som regionen lämnat. Av informationen ska framgå vad personen behöver förbereda och vilka kontakter som kan vara viktiga att ta, till exempel med regionens öppenvård och kommunen. Personen ska i första hand själv kontakta kommunens socialtjänst för information om möjligt stöd från kommunen.

- Om sjukvården inför planerat slutenvårdstillfälle ser framtida behov av hjälp öppnas ett samordningsärende i Link. Ett generellt meddelande skickas med information om den planerade vården och identifierade behov vid utskrivning.
- Om det vid inskrivningsbesöket identifieras behov av praktisk hjälp efter den planerade operationen kontakter patienten eller personal biståndshandläggare.

Kommunen eller hälsocentralen ansvarar för att tillsammans med personen förbereda stöd.

Storhelger

Inskrivningsmeddelande skickas till berörda enheter inom kommun och regionens öppna vård. Varje vardag ska berörda enheter ta emot inskrivningsmeddelande och starta utskrivningsplaneringen. Vid helger längre än två dagar ska berörda enheter ta emot inskrivningsmeddelande och påbörja utskrivningsplanering den 3:e helgdagen.

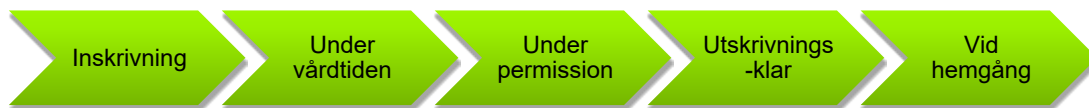
	Må	Ti	On	To	Fr	Lö	Sö
v 52	21	22	23	24	25	26	27
v 53	28	29	30	31	1	2	3
v 1	4	5	6	7	8	9	10

○ Arbete i Link (grundregel)
○ Arbete i Link (dag tre)
✗ Inget arbete i Link (helg)

Arbetsätt från och med den tredje helgdagen

Utskrivningsplanering för personer ska påbörjas när inskrivningsmeddelandet kommit till berörd verksamhet. Meddelanden i Link som inkommer efter 15:00 hanteras nästkommande dag. Personer som bedöms tillhöra blått, grönt eller gult spår kan planeras för utskrivning under helger som överstiger två dagar. Personer som bedöms tillhöra rött spår och behöver en mer omfattande utskrivningsplanering alternativt SIP innan utskrivning, planeras till nästkommande vardag då fler funktioner är i tjänst och kan säkerställa en trygg och säker hemgång. Regionens öppna vård och länets kommuner ska bemanna med de yrkesprofessioner som krävs för att uppfylla krav i berörd lagstiftning och de avtal om samverkan vid utskrivning som är överenskommet.

Planeringsprocessen



Planeringsprocessen under vistelsen på sjukhuset består av fem steg (ovan). Personens behov vid utskrivning beskrivs utifrån fyra färgspår: blå, grön, gul och röd (nedan). Ta ställning till om personen ska erbjudas kommunal hälso- och sjukvård så tidigt som möjligt under vårdtillfället.

Person som vid utskrivning endast behöver insatser från socialtjänst

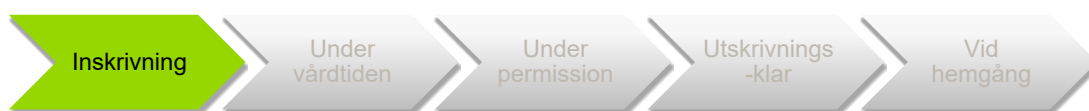
Person som vid utskrivning behöver samma insatser från socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård som innan, eller behöver nya insatser som inte behöver starta samma dag.

Person som vid utskrivning behöver nya insatser från socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård samma dag som hemgång

Person som vid utskrivning behöver nya, omfattande och komplexa insatser från socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård; med komplexa sociala förhållanden; med flera besök på akuten eller slutenvårds-tillfällen under de senaste tre månaderna; med öppen tvångsvård

Personen ska vara delaktig och ges inflytande i hela processen. I detta avses även närståendes medverkan tillsammans med personen. Under vårdtiden kan det tidigare bedömda färgspåret förändras. Orsaker till ändrat färgspår kan vara personens hälsotillstånd och behov av stöd och hjälp. Färgspåret ändras i "Generellt meddelande".

Vem gör vad under processen



Sluten vård

Blå	Grön	Gul	Röd	Aktivitet
X	X	X	X	Skicka inskrivningsmeddelande om personen behöver insatser från socialtjänst eller hälso- och sjukvård efter utskrivning, inom 24 timmar från att bedömning gjorts. Meddelandet ska förutom obligatoriska uppgifter innehålla inskrivningsorsak (om samtycke finns)
X	X	X	X	Informera personen och påbörja utskrivningsplanering.

Öppen vård (mottagning, HC)

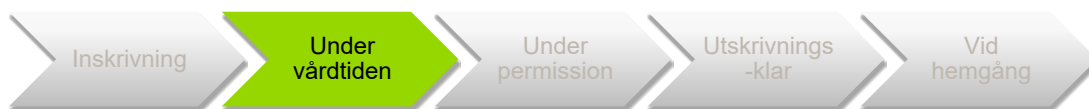
Blå	Grön	Gul	Röd	Aktivitet
X	X	X	X	Besvara inskrivningsmeddelandet och informera om aktuellt status och eventuella insatser. Samverka med slutenvården om insatser som kan utföras under vårdtiden på sjukhuset.
X	X	X	X	Utse fast vårdkontakt.

Kommunal hälso- och sjukvård

Blå	Grön	Gul	Röd	Aktivitet
X	X	X	X	Besvara inskrivningsmeddelandet och informera om aktuellt status och eventuella insatser.
X	X	X	X	Anslut och/eller uppdatera enheter i anslutningsöversikten gällande kommunal hälso- och sjukvård

Socialtjänst

Blå	Grön	Gul	Röd	Aktivitet
X	X	X	X	Besvara inskrivningsmeddelandet och informera om eventuella pågående insatser.
X	X	X	X	Anslut och/eller uppdatera enheter i patientkortet och aktörer i samordningsärendet.



Sluten vård

Blå	Grön	Gul	Röd	Aktivitet
X	X	X	X	Vid behov: uppdatera beräknad utskrivningsdag och bedöm färgspår.
	X	X	X	Bedöm behov av SIP som behöver göras i närtid.
X	X	X	X	Uppdatera ADL-status och sökordet socialt i basinformation i Cosmic journal
X	X	X	X	Vid behov dokumentera en aktivitetsutredning (gäller psykiatrin).
X	X	X	X	Ta ställning till egenvård.
	X	X	X	Informera om nya hälso- och sjukvårdsbehov i mallen HSL-ordinationer i Cosmic journal.
X	X	X	X	Informera och förbered personen inför hemgång.
X	X	X	X	Kommunicera med aktuella aktörer via generella meddelanden.
X	X	X	X	Fortsatt utskrivningsplanering, skapa utskrivningsplan.

Öppen vård (mottagning, HC)

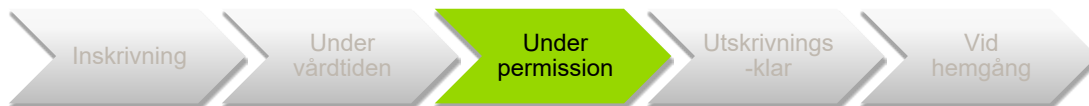
Blå	Grön	Gul	Röd	Aktivitet
	X	X	X	Fortsätt med utskrivningsplanering tillsammans med personen.
	X	X	X	Uppdatera löpande med nödvändig information i utskrivningsplanen.
	X	X	X	Kommunicera med aktuella aktörer via generella meddelanden.
	X	X	X	Utse fast vårdkontakt som kallar till SIP i samråd med slutenvården.
	X	X	X	Planera inför mottagande av medicinskt ansvar.

Kommunal hälso- och sjukvård

Blå	Grön	Gul	Röd	Aktivitet
	X	X	X	Fortsätt med utskrivningsplanering tillsammans med personen.
	X	X	X	Uppdatera löpande med nödvändig information i utskrivningsplanen.
	X	X	X	Kommunicera med aktuella aktörer via generella meddelanden.
	X	X	X	Planera inför mottagande i hemmet.

Socialtjänst

Blå	Grön	Gul	Röd	Aktivitet
X	X	X	X	Fortsätt med utskrivningsplanering tillsammans med personen.
X	X	X	X	Uppdatera löpande med nödvändig information i utskrivningsplanen.
X	X	X	X	Kommunicera med aktuella aktörer via generella meddelanden.
X	X	X	X	Planera inför mottagande i hemmet.

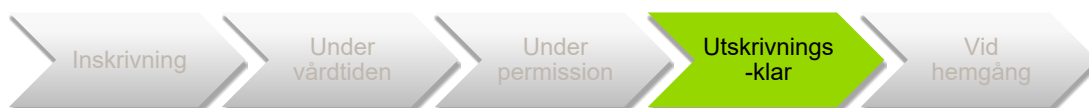


Sluten vård

Blå	Grön	Gul	Röd	Aktivitet
X	X	X	X	Påbörja permissionsplanering.
X	X	X	X	Vid permission under tvångsvård: upprätta en plan med villkor, konsekvenser och kontaktuppgifter.
X	X	X	X	Bevilja permission.
X	X	X	X	Informera om planering för ev. återbesök.
X	X	X	X	Informera om planering av, och datum för, nästa förvaltningsrätt i förekommande fall.

Öppen vård, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst

Blå	Grön	Gul	Röd	Aktivitet
X	X	X	X	Delta i permissionsplanering
X	X	X	X	Planera och utföra eventuella insatser
X	X	X	X	Eventuellt delta vid återbesök



Sluten vård

Blå	Grön	Gul	Röd	Aktivitet
X	X	X	X	Stäm av aktuella punkter i checklistan för hemgångsklar
X	X	X	X	Skicka meddelande om utskrivningsklar

Öppen vård (mottagning, HC)

Blå	Grön	Gul	Röd	Aktivitet
	X	X	X	Fortsatt utskrivningsplanering. Återta medicinskt ansvar från slutenvården, tydliggör fortsatt medicinskt ansvar från slutenvården
	X	X	X	Kalla ⁷ till SIP senast tre dagar efter att meddelande om utskrivningsklar är skickat.

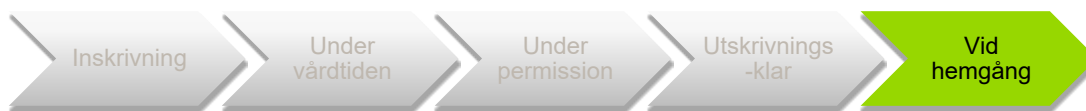
⁷ Avser kallelsen. Själva mötet kan ske senare.

Kommunal hälso- och sjukvård

Blå	Grön	Gul	Röd	Aktivitet
	X	X	X	Fortsatt utskrivningsplanering

Socialtjänst

Blå	Grön	Gul	Röd	Aktivitet
X	X	X	X	Fortsatt utskrivningsplanering
X	X	X	X	Meddela lämplig tid när personen återgår till hemmet via svar på meddelande om utskrivningsklar



Sluten vård

Blå	Grön	Gul	Röd	Aktivitet
X				Skriv ut utskrivningsplanen till personen.
X	X	X	X	Skicka generellt meddelande om hemgång samt eventuell avresetid för sjukresa
	X	X	X	Omvårdnadsepikris och medicinsk epikris samt aktuell läkemedelslista ska finnas tillgänglig i Cosmic journal
	X	X	X	Lämna utskrivningsplan, utskrivningsbrev, eventuell egenvårdsplan samt aktuell läkemedelslista till personen.
	X	X	X	I samverkan med mottagande enhet se till att nödvändiga hjälpmedel är tillgängliga för personen vid hemgång, ev via förtroendeföreskrivning
	X	X	X	Kontrollera tillgång till läkemedel i tillräcklig mängd för att undvika avbrott i medicineringen
	X	X	X	Kontrollera nödvändig sondmat, näringsdryck och medicinteknisk utrustning för att personen ska klara de första fem dagarna i hemmet
X	X	X	X	Först när personen fysiskt har lämnat avdelningen får utskrivning ske i Cosmic.

Öppen vård (mottagning, HC)

Blå	Grön	Gul	Röd	Aktivitet
	X	X	X	Överta medicinskt ansvar
	X	X	X	Återinsätta tidigare insatser och/eller starta upp nya insatser
	X	X	X	Samverka så att nödvändiga hjälpmedel är tillgängliga för personen i samband med hemgång

Kommunal hälso- och sjukvård

Blå	Grön	Gul	Röd	Aktivitet
	X	X	X	Återinsätta tidigare hälso- och sjukvård och/eller starta upp nya insatser
	X	X	X	Samverka så att nödvändiga hjälpmedel är tillgängliga för personen i samband med hemgång

Socialtjänst

Blå	Grön	Gul	Röd	Aktivitet
X				Starta upp insatser hos personen
	X	X	X	Återinsätta tidigare insatser och/eller starta upp nya insatser

Informationsöverföring under utskrivningsprocessen

Informationsöverföring mellan berörda enheter sker via det gemensamma IT-stödet Link. Patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress samt beräknad tidpunkt för utskrivning får skickas utan samtycke eller menprövning i inskrivningsmeddelandet. Vid tvångsvård eftersträvas samtycke för samordnad vårdplan enligt LPT/LRV.

Inskrivningsmeddelande

Inskrivningsmeddelande ska skickas till berörda enheter⁸ när läkare bedömer att personen efter utskrivning behöver insatser från socialtjänsten, regionens öppna vård eller kommunal hälso- och sjukvård. Detta ska ske inom 24 timmar från att bedömningen gjorts, även för tvångsvårdade patienter som förväntas ha behov av insatser vid utskrivning. Inskrivningsmeddelandet startar planeringsarbetet för berörda enheter. Inskrivningsmeddelandet ska vara så realistiskt att planerade insatser (socialtjänst och hälso- och sjukvård) behöver ändras i så liten utsträckning som möjligt. Kommunens och öppenvårdens/hälsocentralens aktörer ska besvara meddelande senast nästa vardag med information om aktuellt status och eventuella pågående insatser.

Information vid permissioner

Permissioner inom såväl somatisk som psykiatrisk vård ska planeras/informeras i Link när fler aktörer är berörda. Vid tvångsvård beviljas permissionen av läkare. Då är personen fortfarande inskriven enligt LPT/LRV. Patienten är alltså inte utskrivningsklar, och inget utskrivningsmeddelande ska skickas. Vid permissioner under tvångsvård, tänk särskilt på att meddela enheter⁹ som har insatser under permissionen. Permissionen ska planeras så att insatser såsom boendestöd kan ges under permissionen.

Utskrivningsplanering

Planeringen ska göras tillsammans med personen och utgå från personens behov. Vid behov, och efter samtycke från den enskilde, kan även närståendes delaktighet beaktas. I

⁸ Observera att Individ- och familjeomsorgen samt Biståndsenheten är två olika enheter inom socialtjänstens verksamhet

⁹ Under tvångsvård är samtycke för informationsdelning inte nödvändigt

Link dokumenterar respektive yrkesgrupp och vårdgivare sin del av utskrivningsplanen. Planen ska rikta sig till personen och ge information om de närmsta dagarna efter utskrivning. Vid behov av samordning kompletteras planen med en SIP under sjukhusvistelsen eller senare. Utskrivningsplanen skrivs ut till patienten vid utskrivning.

Meddelande om utskrivningsklar

Utskrivningsklar innebär att läkare har bedömt att personen inte längre behöver vård inom den slutna vården. När ”Meddelande om utskrivningsklar” skickas ska samtliga punkter i checklisten för hemgångsklar vara avstämde. Nödvändiga hjälpmedel och medicinteknisk utrustning ska skickas med vid utskrivning. Recept och läkemedel (inklusive sondnäring och pump) för minst fem dagar ska vara tillgängliga för personen. Om personen inte går hem samma dag som meddelande om utskrivningsklar skickas, ska checklisten skickas i ett generellt meddelande när personen ska gå hem. Det generella meddelandet ”Hemgång” kan användas för praktisk information ex tider för sjukresa. Meddelande om utskrivningsklar ska bekräftas av mottagande enhet. Utan bekräftelse riskerar personen att bli kvar inom slutenvård längre än nödvändigt.

Information till personen

Personen ska få skriftlig information vid utskrivning i form av:

- **Utskrivningsbrev** från utskrivande läkare som innehåller sammanfattning av diagnos, vård och behandling under vårdtiden, läkemedelsberättelse samt information om uppföljning
- Aktuell **läkemedelslista**
- Eventuell **egenvårdsplan**
- **Utskrivningsplan** som innehåller planerade insatser efter utskrivning; eventuell uppföljning; fast vårdkontakt (vid behov av hälso- och sjukvård) med kontaktuppgifter; tid för samordnad individuell planering (SIP) om det är beslutat,

Samordnad vårdplan vid tvångsvård/vårdplan enligt LPT/LRV

Chefsöverläkare ansvarar för att upprätta samordnad vårdplan för öppen tvångsvård tillsammans med patient och de aktörer som ansvarar för insatserna. Vårdplanen upprättas i Link och beskriver ansvar och insatser. Detta gäller även vid uppföljning av ÖPT/ÖRV.

Samordnad individuell plan (SIP)

Vid behov av samordning i anslutning till utskrivning från slutenvården ska regionens öppna vård kalla till SIP och samtliga kallade har ansvar för att medverka i att en SIP upprättas. SIP ska genomföras på det sätt som är optimalt för personen. Planen ska dokumenteras i Link och skrivs ut till de deltagare som inte har digital tillgång till systemet.