

# **Rutin och vägledning för samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård**

Rutinen är framtagen i samverkan mellan Skånes Kommuner och Region Skåne

Giltig fr.o.m. 2023-09-27

Rutinen ersätter Rutin och vägledning för samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård, daterad 2023-02-23, och gäller från publiceringsdatum och tills vidare.

## Innehållsförteckning

|   |    |
|---|----|
| Inledning.....  | 3  |
| Överföring av information till sjukhus.....   | 3  |
| Samtycke och menprövning.....   | 3  |
| Patientens delaktighet.....   | 4  |
| Definitioner och begrepp.....   | 5  |
| IT-stödet Mina planer.....  | 8  |
| Skyddade personuppgifter.....   | 8  |
| Skyddat boende.....   | 8  |
| Beskrivning av planeringsprocessen.....   | 8  |
| Grön process.....   | 9  |
| Gul process.....  | 10 |
| Röd process.....  | 11 |
| Blå process.....  | 12 |
| Inskrivningsmeddelande.....   | 13 |
| Fast vårdkontakt.....   | 14 |
| Kartläggning (informationsutbyte).....  | 14 |
| Bakgrund och Aktuellt tillstånd.....  | 15 |
| Ställningstagande inför utskrivning.....  | 18 |
| Kallelse till samordnad individuell planering (SIP).....  | 20 |
| Utskrivningsklar.....   | 21 |
| Överföring av information vid utskrivning från den slutna vården till kommun och relevanta regionfinansierad öppenvård..... | 21 |
| Information till patienten i samband med utskrivning.....   | 22 |
| Utskrivning.....  | 23 |
| Permission.....   | 23 |
| Regler för kommunens betalningsansvar enligt lagstiftning.....  | 23 |
| Meddelandefunktion i IT-stödet Mina planer.....   | 24 |
| Makulering.....   | 24 |
| Avbrott, uppehåll och avsluta planeringen.....  | 24 |
| Information- och utbildningsbehov inför utskrivning.....  | 24 |
| Elektiv vård med ett i förväg beskrivet behov.....  | 24 |
| Samordnad vårdplanering vid öppen psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller öppen rättspsykiatrisk vård (LRV) 25                   |    |
| Utskrivningsprocess vid planerad vård enligt öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård.....              | 25 |
| Inskrivningsmeddelande.....   | 25 |
| Kartläggning.....   | 25 |
| Fast vårdkontakt.....   | 25 |
| Kallelse till samordnad vårdplanering.....  | 25 |
| Upprätta en samordnad vårdplan enligt LPT 7a §.....   | 26 |
| Utskrivningsklar.....   | 26 |
| Särskilda villkor.....  | 26 |
| Betalningsansvar.....   | 27 |
| Bilaga 2 Grön process.....  | 30 |
| Bilaga 3 Gul process.....   | 31 |
| Bilaga 4 Blå process.....   | 33 |
| Arbetsgrupp.....  | 34 |

## Inledning

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård trädde i kraft den 1 januari 2018. Samtidigt upphävdes lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Den Skånegemensamma rutinen samordnad vård- och omsorgsplanering (SVPL) har utgått och ersatts av Rutin och vägledning för samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Lagen avser att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och den regionfinansierade öppna vården. För att uppnå detta krävs en fungerande samverkan och tillit mellan huvudmännen. Lagen ska 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.

Samtliga patientgrupper, oavsett ålder, omfattas av den nya lagen. För patienter som planeras att övergå till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård skiljer sig processen delvis.

Utskrivningen ska göras effektivt och med bibehållen patientsäkerhet. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård tar upp flera olika steg; inskrivningsmeddelande, planering och kartläggning inför utskrivning, fast vårdkontakt, underrättelse om utskrivningsklar, utskrivning och informationsöverföring vid utskrivning, kallelse till SIP och genomförande av SIP. Parterna ska vara överens om att hemgång kan ske på ett patientsäkert sätt.

Lagen tydliggör att verksamheter inom socialtjänst, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och den regionfinansierade öppna vården tidigt måste börja planera inför patientens utskrivning från slutna vård.

## Överföring av information till sjukhus

Om en patient är i behov av vård på sjukhus och har insatser/åtgärder av kommunens hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst ska befintlig SIP alltid överföras till sjukhuset efter samtycke från patienten eller efter genomförd menprövning. Om patienten har insatser av kommunens hälso- och sjukvård ska kommunens sjuksköterska fylla i Blanketten "Information vid akutbesök". Blankett och SIP ska medfölja patienten eller faxas till akutmottagning alternativt vårdavdelning vid direktinläggning.

## Samtycke och menprövning

För att uppgifter om patientens sjukdomstillstånd ska få lämnas ut mellan vårdgivarna krävs den enskildes samtycke alternativt ska menprövning göras. För att kunna inhämta samtycke för samtliga deltagare och för hela processen krävs att patienten har fått vetskap om vilka deltagarna är samt vilken information som utbyts mellan vårdgivarna. Samtycket kan således inhämtas för hela SVU-processen med tillhörande SIP, förutsatt att patienten har informerats muntligt och skriftligt (regionalt framtaget patientbroschyrinformationsblad) om samverkansplanering inför utskrivning och fått tydlig information om innebörden av samtycke. Samtycke får inte registreras om patienten inte fått informationsbladet.

Samtycke kan alltid återtas.

När patienten är ett barn krävs i normalfallet att barnets vårdnadshavare lämnar samtycke. Har barnet två vårdnadshavare, ska båda samtycka. Om barnet bedöms vara tillräckligt moget kan det i vissa fall vara tillräckligt att barnet samtycker. Mognadsbedömning får avgöras för varje enskilt barn.

Om en patient inte kan lämna samtycke kan legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal eller annan högskoleutbildad yrkesgrupp i den slutna vården pröva om det är till men för patienten att uppgifter om honom eller henne lämnas ut, det vill säga en menprövning görs. Menprövning kan inte användas för att överpröva ett nekande till samtycke. Varje vårdgivare ansvarar för att ha rutiner för vem eller vilka som har rätt att inhämta samtycke eller göra menprövning. Samtycke alternativt menprövning ska också dokumenteras i respektive vårdgivares journalsystem.

## **Utskrift av information i Mina planer**

Varje vårdgivare ansvarar för att ha rutin för utlämnande av information från Mina planer. Informationen i Mina planer är i detta sammanhang att betrakta som journalhandling och därmed får patientuppgifter endast lämnas ut om det står klart att patient eller närstående inte lider men eller någon form av skada. Om patienten är avliden ska hänsyn tas till om uppgifterna kan tänkas kränka dennes frid och minne. Det innebär att uppgifter som kan anses ge den avlidne en negativ prägel inte ska röjas.

## **Patientens delaktighet**

Patienten och eventuellt deras närstående ska vara delaktig i sin vård och behöver information för att utöva sitt självbestämmande och ta ställning till om han/hon vill acceptera den vård som erbjuds. Patienten ska informeras om att planering sker elektroniskt och ska under hela processen vara delaktig i planeringen av sin vård och omsorg.

När en patient skrivs ut från den slutna vården och där avsikten är att denne ska få insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården ska patienten få all nödvändig information om den vård och behandling som getts under vårdtiden och den följande planeringen av insatser.

Patienten har i de flesta fall rätt att läsa dokumentation i IT-stödet Mina planer inklusive uppgifter i meddelandefunktionen och en bedömning görs i varje enskilt fall. Texten i IT-stödet Mina planer ska vara tydlig och entydig och måste utformas med omsorg så att den inte kan feltolkas eller uppfattas som kränkande av patienten eller dennes närstående.

## Definitioner och begrepp

|  |  |
|--|--|
| <b>Berörda enheter</b>                     | De enheter i den slutna vården, den regionfinansierade öppna vården och kommunen som förväntas ha en roll i utskrivningsprocessen  |
| <b>Berörda parter</b>                      | De parter som har ett utpekat ansvar i utskrivningsprocessen   |
| <b>Egenvård</b>                            | Hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra eller med hjälp av någon annan (SOSFS 2009:6).<br>Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). (HSLF-FS 2017:16)<br><br>För mer information se Regional rutin för egenvårdsbedömning 2016-05-31   |
| <b>Fast vårdkontakt</b>                    | En person som har funktionen att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet enligt Patientlag (2014:821). I detta dokument avses fast vårdkontakt inom den regionfinansierade öppna vården  |
| <b>Fast vårdkontakt med kallelseansvar</b> | I detta dokument benämns denna funktion för kallelseansvarig. Kallelseansvaret avser kallelse till SIP   |
| <b>Hälso- och sjukvård</b>                 | Åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador inklusive rehabilitering och hjälpmedel i begreppet hälso- och sjukvård  |
| <b>Hälsa (WHO:s definition)</b>            | Ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej enbart frånvaro av sjukdom eller funktionshinder  |
| <b>ICF</b>                                 | Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF, utgår från WHO:s definition av hälsa.<br>Klassifikationen ICF gör det möjligt att beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån en biopsykosocial modell. ICF erbjuder en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa. Socialstyrelsen rekommenderar att ICF används för alla åldrar från och med 1 mars 2019 |
| <b>Justera/godkänna Kommunen</b>           | Parterna godkänner del av process exempelvis ställningstagande inför utskrivning samt SIP<br>Kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvård  |

## Koordineringsansvar

Vårdcentral ansvarar för att aktivt medverka i samordning, samarbete och informationsöverföring med, och mellan, specialistvård (sluten och öppen vård) och kommunal hälso- och sjukvård. Detta ansvar benämns koordineringsansvar och innebär koordination av resurser och arbetsinsatser i syfte att erhålla högre kvalitet och större effektivitet. Vårdcentralen ska vara samordnare av listade patienters samlade vårdbehov och de vårdinsatser som patienten behöver på olika vårdnivåer och av olika huvudmän. För listade patienter med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser ska vårdgivaren vara den naturliga kontaktnivån och läkare på vårdcentralen ska kontinuerligt medverka i den behandling som utförs i den kommunala hälso- och sjukvården.

Övriga vårdgivare/huvudmän ska informera den vårdcentral där patienten är listad om avslutade, pågående och planerade åtgärder. Finns behov av fortsatta vårdinsatser efter en slutenvårdsvistelse eller vårdinsats i den öppna specialiserade vården, inklusive behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, ska dessa i direkt anslutning till genomförd behandling, meddelas vårdcentralen där patienten är listad.

Koordineringsansvaret innebär vanligen att vårdgivaren övertar medicinskt ansvar för den förtecknades fortsatta vårdinsatser. Om någon/några vårdinsatser kräver den specialiserade vårdens medicinska och/eller tekniska resurser ska medicinskt ansvar för den/dessa vårdinsatser inte övertas. Vårdgivarens koordineringsansvar inkluderar dock samtliga vårdinsatser, även de vårdinsatser där medicinskt ansvar åvilar annan vårdgivare.

## Kvittera

Signera mottagande av information

## Regionfinansierad öppen vård

Den hälso- och sjukvård som ges på vårdcentraler och annan öppenvård inklusive specialistmottagningar finansierad av Region Skåne, exempelvis Palliativ vård och ASIH, psykiatrisk öppenvård och habilitering

## Menprövning

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

## Patient

Person som erhåller eller är registrerad för att erhålla

|   |   |
|---|---|
|   | hälso- och sjukvård   |
| <b>Publicera</b>                          | Sammanfattande benämning på att delge information i IT-stödet Mina Planer till berörd part  |
| <b>Samtycke</b>                           | <p>I det här dokumentet avser samtycke att patienten ska ta ställning till om informationsutbyte mellan den slutna vården, den regionfinansierade öppna vården och kommunen får ske. Samtycket i IT-stödet Mina Planer lämnas för aktuell vårdprocess, det vill säga hela SVU-processen med tillhörande SIP</p> <p>För mer information kring barn se Socialstyrelsens meddelandeblad nr 10/2012</p> |
| <b>Samordnad individuell plan (SIP)</b>   | 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   |
| <b>Samordnad vårdplan enligt LPT 7a §</b> | Samordnad vårdplan som upprättas i samband med ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård  |
| <b>Sluten vård</b>                        | Hälso- och sjukvård som ges till en patient som är inskriven vid en vårdinrättning inklusive palliativvårdsavdelningar  |
| <b>Socialtjänst</b>                       | 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   |
| <b>Utskrivningsklar</b>                   | Att en patients hälsotillstånd är sådant att den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården  |
| <b>Utskrivningsprocess</b>                | Den planering som sker (från inskrivning till utskrivning samt eventuell SIP) för att få en patientsäker utskrivning från den slutna vården   |
| <b>Vårdgivare</b>                         | Statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare)  |

## IT-stödet Mina planer

IT-stödet Mina planer är anpassat för att följa processen som följer med lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Detta kräver att parterna är aktiva i Mina planer flera gånger per arbetsdag.

- IT-stödet Mina planer ska användas för patienter som är listade på ackrediterad vårdcentral i Skåne och är folkbokförda i Skåne
- IT-stödet Mina planer kan inte användas vid systemhaveri, om patienten inte är folkbokförd i Skåne eller inte är listad på ackrediterad vårdcentral i Skåne, inte har ett fullständigt svenskt personnummer samt för de vårdgivare som inte är anslutna till Mina planer. Då används manuell rutin.

Dokumentationen i IT-stödet Mina planer ska vara skriven på lättförståelig svenska så att såväl patienten som berörd personal kan förstå informationen. I de fall förkortningar används i Mina planer ska det gå att hitta förklaring till dessa i Medicinsk terminologi och Svenska Akademiens Ordlista. Övriga förkortningar får inte användas. Fackuttryck får användas för att uppfylla kraven på tydlighet.

Dokumentation i IT-stödet Mina planer ersätter inte varje huvudmans skyldighet att dokumentera i respektive journalsystem.

## Skyddade personuppgifter

Varje myndighet ska ha rutiner för hur hantering av uppgifter vid ansökan om eller beviljat skyddade personuppgifter ska hanteras. Den vårdgivare som har kännedom om detta förhållande ska överrapportera informationen till nästa vårdgivare. I de gemensamma planeringsprocesserna används vare sig Mina planer eller manuell rutin (fax) för personer med skyddade personuppgifter. Vid kontakt används telefon. Tänk på att säkerställa att uppgifter inte lämnas ut till fel person, exempelvis genom motringning.

## Skyddat boende

Varje myndighet ska ha rutiner för hur hantering av uppgifter vid ansökan om eller beviljat skyddat boende ska hanteras. Den vårdgivare som har kännedom om detta förhållande ska överrapportera informationen till nästa vårdgivare. I de gemensamma planeringsprocesserna används vare sig Mina planer eller manuell rutin (fax) för personer ansökan eller beviljat skyddat boende. Vid kontakt används telefon. Tänk på att säkerställa att uppgifter inte lämnas ut till fel person, exempelvis genom motringning.

## Beskrivning av planeringsprocessen

Syftet med planeringsprocesserna är att tydliggöra och säkra en trygg utskrivning och att utskrivningen ska göras effektiv och med bibehållen patientsäkerhet.

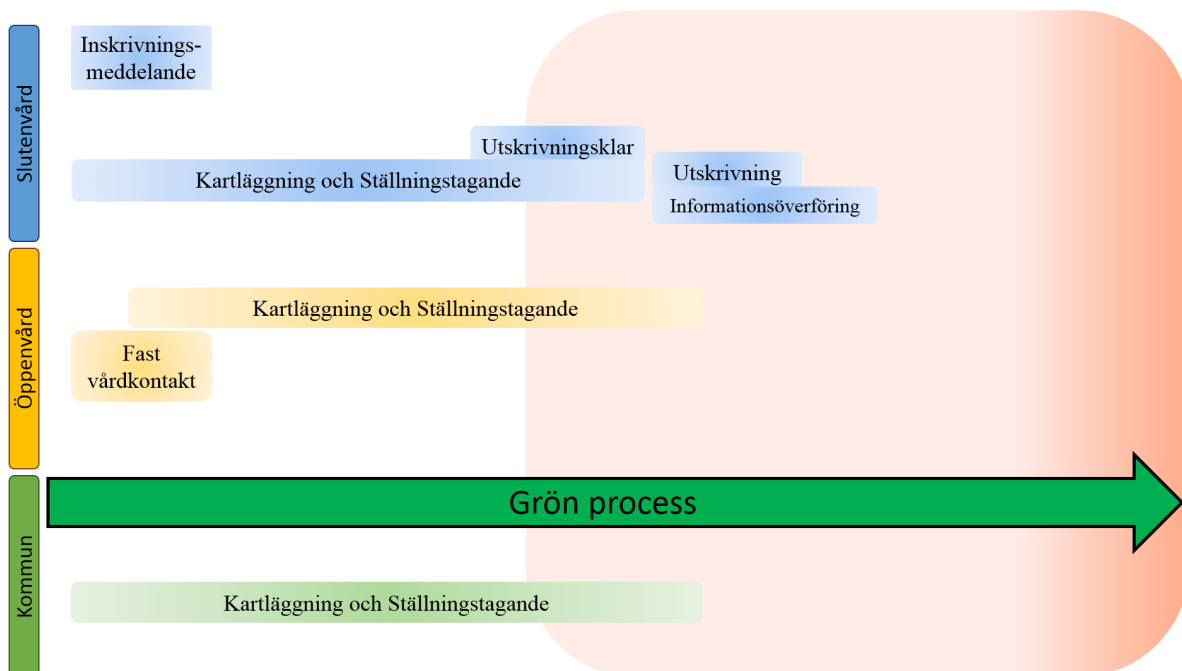
För att underlätta bedömningen av hur utskrivningen ska göras har fyra planeringsprocesser, utifrån patientens behov, identifierats som här benämns; grön process, gul process, röd process och blå process. Samtliga planeringsprocesser kan tillämpas oberoende av om patienten är känd av kommunen sedan tidigare eller inte. Nedan följer exempel på patientgrupper i de olika planeringsprocesserna.



## Grön process

Den gröna processen kan tillämpas när patientens hjälpbehov uppfyller något av nedanstående kriterier. I denna process behöver inte en SIP upprättas i samband med utskrivning. Intentionen är att patienten ska kunna skrivas ut den dag han/hon blir utskrivningsklar. Den gröna processen omfattar även de patienter som enbart behöver insatser enligt socialtjänstlagen. Grön process omfattar både patienter som sedan tidigare är kända i kommunen och nytillkomna patienter.

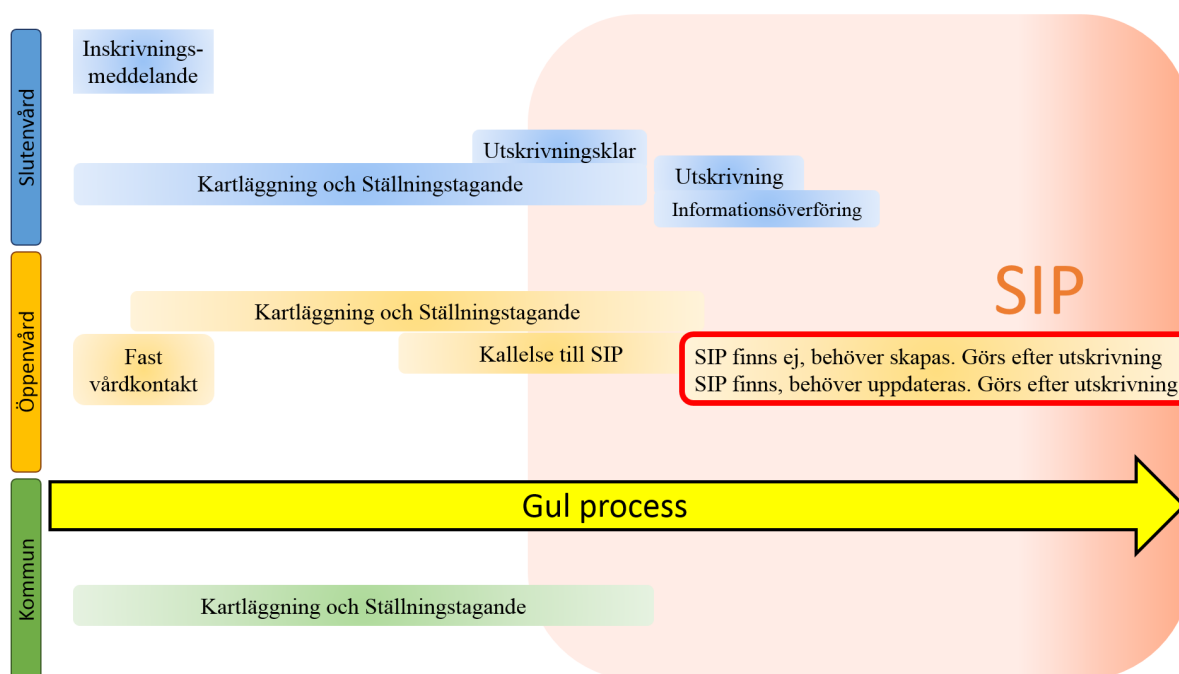
- Patient som vid utskrivning har **oförändrade** insatser/åtgärder från socialtjänsten, LSS och/eller hälso- och sjukvården och där **patienten inte önskar eller har behov av ytterligare insatser/åtgärder**.
- Patient som vid utskrivning har behov av **mindre omfattande nytillkomna** insatser/åtgärder från socialtjänsten och/eller hälso- och sjukvården ex suturtagning, viss läkemedelsadministrering, larm, städ och måltidsservice. Insatserna/åtgärderna kan behöva **startas upp samma dag** som utskrivning eller **senare**.
- Patient som får elektiv vård (planerad) med ett i förväg beskrivet behov av insatser/åtgärder från kommun och öppenvård eller endast kommun. Vårdprogram eller andra riktlinjer kan utgöra ett värdefullt planeringsunderlag.
- Patient som i samband med utskrivning har behov av enstaka enklare hjälpmedel för att underlätta personlig vård och/eller förflyttning ex fristående toalettförhöjning, duschstol, betastöd, rollator och/eller förhöjningsdynor (utifrån den folkbokförda kommunens sortiment).



## Gul process

Den gula processen kan tillämpas när patientens hjälpbehov uppfyller något av nedanstående kriterier och **insatserna/åtgärderna behöver samordnas**. I denna process behövs en SIP upprättas alternativt uppdateras efter utskrivning. Intentionen är att patienten ska kunna skrivas ut den dag han/hon blir utskrivningsklar. Gul process omfattar både patienter som sedan tidigare är kända i kommunen och nytillkomna patienter.

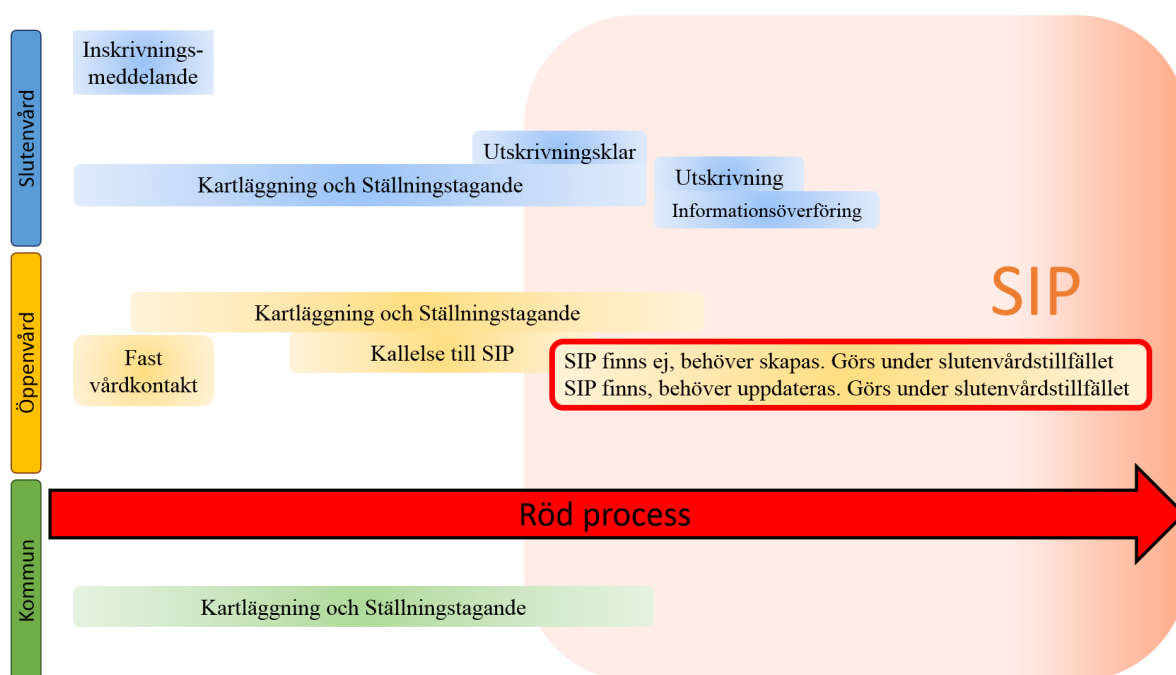
- Patient som är i behov av **nyttillkomna** eller **utökade insatser/åtgärder** från socialtjänsten och/eller hälso- och sjukvården som behöver samordnas. Insatserna/åtgärderna **startas upp samma dag** som utskrivning eller **senare**.
- Patient som vid utskrivning har behov av **utökade rehabiliterings- och/eller hjälpmedelsåtgärder** som behöver samordnas.



## Röd process

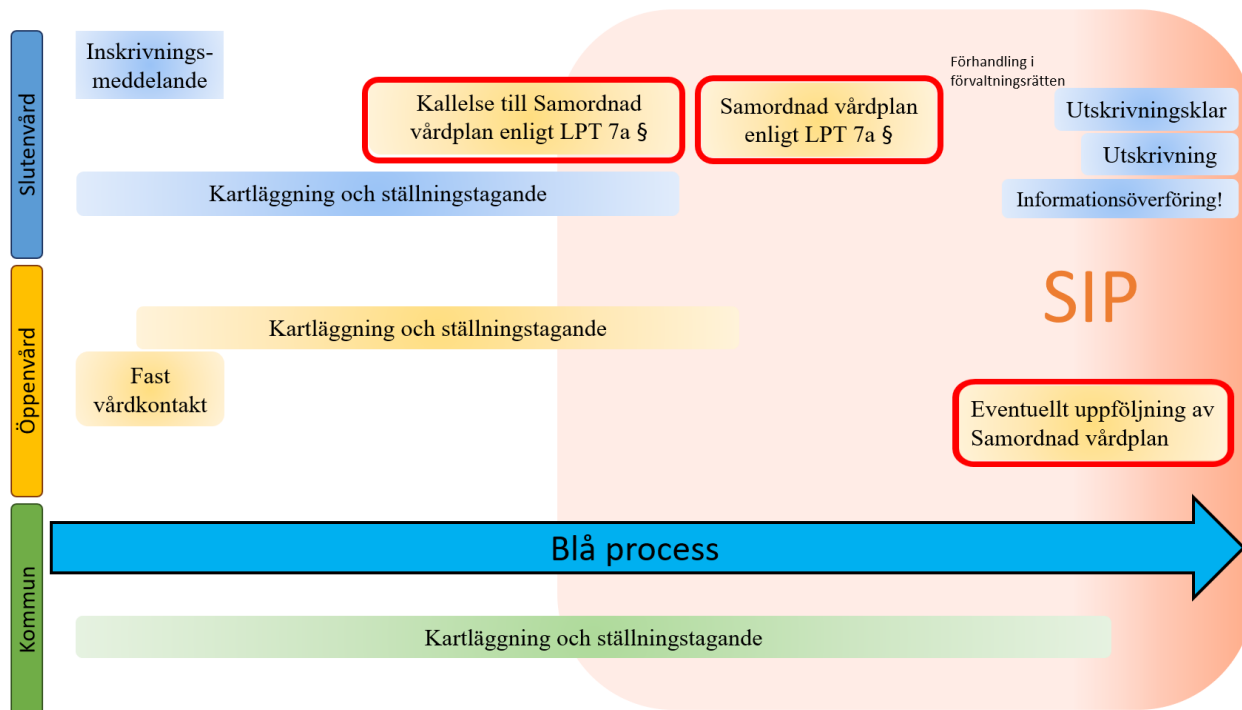
Den röda processen kan tillämpas när patientens hjälpbehov uppfyller något av nedanstående kriterier och **insatserna/åtgärderna behöver samordnas innan utskrivning**. I denna process behövs en SIP upprättas alternativt uppdateras innan utskrivning. Intentionen är att patienten ska kunna skrivas ut så snart som möjligt efter att ett SIP möte har genomförts. Röd process omfattar både patienter som sedan tidigare är kända i kommunen och nytillkomna patienter.

- Patient som är i behov av **komplexa/omfattande nytillkomna eller utökade insatser/åtgärder** från socialtjänsten och/eller hälso- och sjukvården som behöver samordnas innan utskrivning.
- Patient som har behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder som kräver särskilda **utbildningsinsatser** innan patienten skrivs ut.
- Patient som har **komplexa/omfattande rehabiliterings- och/eller hjälpmedelsbehov** vid utskrivning som behöver samordnas innan utskrivning.



## Blå process

- Patient med planerad vård enligt öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård vid utskrivning



## Inskrivningsmeddelande

Syftet med inskrivningsmeddelande är att den regionsfinansierade hälso- och sjukvården och kommunen ska kunna erbjuda god hälso- och sjukvård samt socialtjänst av god kvalitet så snart det är möjligt efter det att en patient bedömts vara utskrivningsklar. Med ett inskrivningsmeddelande avses ett meddelande till den regionfinansierade öppna vården, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att informera om att en viss patient har blivit inskriven i den slutna vården och att denne kan komma att behöva vård och omsorg efter utskrivningen från den slutna vården.

Genom inskrivningsmeddelandet får de berörda enheterna en signal om att en patient kan komma att behöva insatser och därmed påbörjas enheternas egen planering. Den beräknade tidpunkten för utskrivning är en bedömning om när patienten kan skrivas ut och är en förutsättning för mottagande enheter att planera inför patientens utskrivning. Inskrivningsmeddelande via Mina planer går till kommun och vårdcentral där patienten är listad med möjlighet att lägga till och ta bort aktiva deltagare.

Finns öppen specialistenhet, inom somatik eller psykiatri som kan komma att bli aktuell i det fortsatta vårdförloppet efter utskrivning ska denna enhet också aviseras genom inskrivningsmeddelande. I de fall vårdcentralen inte är aktuell i det planerade vårdförloppet efter utskrivning och då det inte finns behov av kommunal hälso- och sjukvårdsinsatser ska vårdcentral tas bort som aktiv deltagare innan inskrivningsmeddelandet skickas.

- Vid inskrivning i den slutna vården ska den behandlande läkaren göra en bedömning om patienten efter utskrivning har behov av insatser samt beräknat datum för utskrivning
- Den slutna vården ansvarar för att inskrivningsmeddelandet upprättas och snarast publiceras till berörda enheter
- Om behov finns av insatser ska ett inskrivningsmeddelande publiceras senast 24 timmar efter inskrivning i den slutna vården
- Om bedömning görs senare i vårdförloppet publiceras inskrivningsmeddelandet senast 24 timmar efter identifierat behov
- Inskrivningsmeddelande ska innehålla uppgifter om namn, personnummer, folkbokföringsadress samt beräknad tidpunkt för utskrivning, vilka får anges utan samtycke
- Inskrivningsorsak får endast anges efter samtycke
- Om patienten vistas på annan adress än folkbokföringsadress ska vistelseadress anges i meddelandefunktionen med kvittens så fort informationen är känd.
- Den kommun som mottagit ärendet ansvarar för att vid behov överflytta ärendet till annan ansvarig kommun
- Om den beräknade tidpunkten för utskrivning ändras efter det att ett inskrivningsmeddelande har publicerats, ska den slutna vården så snart det är möjligt publicera ändringen i fliken Tid för utskrivning
- Skriftlig patientinformation om processen och samtycke ska överlämnas till patienten av den slutna vården i samband med inhämtande av samtycke (Patientinformation om samtycke: Vi behöver ditt samtycke för att planera din fortsatta vård och omsorg efter utskrivning). Samtycke får inte registreras om patienten inte fått informationsbladet.

- Inskrivningsmeddelande ska kvitteras av de enheter som mottagit inskrivningsmeddelandet
- Den regionfinansierade öppna vården med vårdavtal (exempelvis privat vårdcentral och privat psykiatrisk öppenvårdsmottagning) som mottagit inskrivningsmeddelande ska omedelbart tillgängliggöra eventuell SIP för den vårdavdelning som vårdar patienten genom att lägga till vårdavdelningen som berörd part i SIP i Mina planer.

## Fast vårdkontakt

Syftet med att utse en fast vårdkontakt är att denne ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

När en enhet inom den regionfinansierade öppna vården mottagit ett inskrivningsmeddelande ska verksamhetschefen vid den enheten snarast, dock senast innan patienten skrivs ut från den slutna vården, utse en fast vårdkontakt för patienten. Om patienten redan har en fast vårdkontakt vid en enhet, får denne fortsätta med uppdraget. En patient kan ha mer än en fast vårdkontakt. Den som bör utgöra en patients fasta vårdkontakt ska grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose behovet. Fast vårdkontakt är inte reglerad till viss yrkeskategori.

- Fast vårdkontakt utses snarast dock senast innan patienten skrivs ut från den slutna vården
- Den fasta vårdkontakten som ansvarar för att kalla till SIP benämns kallelseansvarig
- Fast vårdkontakt på patientens listade vårdcentral ansvarar för att kalla till SIP när planering ska ske. Vid flera fasta vårdkontakter eller om vårdcentralen inte är berörd part, ska den fasta vårdkontakten verksam inom den regionfinansierade öppna vårdenhet, som har ansvar för huvuddelen av patientens fortsatta öppenvårdsbehov, ansvara för att kalla till SIP
- Vid behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser ska fast vårdkontakt på vårdcentralen alltid vara berörd part och samverka med kommunal hälso- och sjukvård
- Namn och direkttelefon anges för samtliga fasta vårdkontakter

## Kartläggning (informationsutbyte)

Syftet med kartläggningen är att de berörda parterna får en gemensam bild av patientens behov före inläggningen, under slutenvårdstillfället och inför att patienten ska skrivas ut från slutenvården.

**OBS!** För att uppgifterna ska få lämnas ut krävs den enskildes samtycke alternativt ska menprövning göras för utbyte av information. Finns det inte sedan tidigare inhämtat samtycke eller att menprövning är gjord för denna aktuella vårdprocess, ska detta göras före kartläggningen. I samband med att samtycke från patient inhämtas, informeras patient muntligt och skriftligt om samverkansplanering inför utskrivning (för mer information se avsnitt avseende samtycke och menprövning).

När inskrivningsmeddelande publicerats blir kartläggningen skrivbar och läsbar för samtliga berörda enheter. Kartläggningen ska påbörjas utan dröjsmål av samtliga enheter och ge en bild av patientens bakgrund, aktuellt tillstånd samt kompletteras under vårdtillfället med vilka åtgärder som vidtagits under vårdtiden. Sökord som är nödvändiga och relevanta för fortsatt planering fylls i. Informationen ska ge möjlighet för mottagande enhet att vara väl förberedd och göra nödvändiga förberedelser inför patientens utskrivning från den slutna vården. En väl genomförd kartläggning utgör förutsättning för ställningstagande inför utskrivning utifrån patientens behov och möjliggör trygg och säker

hemgång. Den ska också möjliggöra att berörda enheter kan avgöra vilka befattningshavare som bör medverka vid den samordnade individuella planeringen.

Om någon enhet kompletterar informationen i kartläggningen, efter att ställningstagande inför utskrivning är justerat av slutenvården, ska övriga berörda enheter aviseras om förändringen via meddelandefunktionen med kvittens. När komplettering i kartläggningen bedöms påverka ställningstagandet ska även ställningstagandet uppdateras.

I Kartläggningen som består av bakgrund och aktuellt tillstånd används sökord enligt ICF, se definitioner och begrepp.

Syftet med ICF är att få ett gemensamt språk, struktur och innehåll för att beskriva patientens hälsa och hälsorelaterade tillstånd med målet att förbättra kommunikation mellan olika användare såsom hälso- och sjukvårdspersonal samt personal inom socialtjänst. ICF gör det möjligt att beskriva individens situation både fysiskt, psykiskt och socialt och ger en helhetssyn på hur individen fungerar i sin livssituation. Individens behov och resurser blir synliggjorda och uppmärksammade, vilket ger stöd vid val av lämpliga insatser. Det blir också synligt vilken kompetens som behövs för att dels tillgodose individens behov och dels stärka individens egna resurser.

## **Bakgrund och Aktuellt tillstånd**

I bakgrunden ska kommunen och den regionfinansierade öppna vården ge relevant, kortfattad information för det aktuella vårdtillfället samt beskrivning av nuvarande insatser, inklusive rehabiliteringsinsatser och hjälpmedel.

Om patienten inte är känd av kommunen anges detta av kommunen i bakgrunden. Om patienten inte har en vårdrelation med den listade vårdcentralen anges detta av vårdcentralen i bakgrunden.

I aktuellt tillstånd ska den slutna vården ge relevant information om aktuellt sjukdomstillstånd inklusive vidtagna, nuvarande samt planerade åtgärder och insatser. Relevant information ska också ges kring rehabilitering och hjälpmedel. Informationen ska uppdateras kontinuerligt under slutenvårdstillfället.

### Patient och närståendes önskemål

Den slutna vården dokumenterar patientens och närståendes önskemål om insatser/åtgärder efter utskrivningen.

### Hemmavarande barn 0-18 år

Både hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett ansvar att uppmärksamma om det finns barn i hushållet och finns det hemmavarande barn under 18 år ska det anges.

### Bedömningskala i ICF

Används för att bedöma svårighet, problem och begränsningar under respektive valmöjlighet i kartläggningens olika delar. Procentsatsen (%) nedan anger riktvärde för bedömningen av bland annat funktionsförmåga, aktivitetsförmåga och delaktighet.

Följande val finns:

Ej tillämpbar; används i de fall något livsområde inte är aktuellt för individen.

Ingen svårighet; används då ingen svårighet föreligger, frånvarande försumbart 0-4%

Lätt svårighet; används vid mindre svårighet, lågt 5-24%

Måttlig svårighet; används vid måttlig, medel eller ganska stor svårighet 25-49%

Stor svårighet; används vid stor, extrem svårighet och grava problem 50-95%

Total svårighet; total eller fullständig oförmåga 96-100%

För att kunna göra en adekvat bedömning av patientens behov ska bland annat patientens funktionsförmåga, aktivitetsförmåga och delaktighet beskrivas i löpande text i fritextrutorna.

- **Aktivitet och delaktighet**

Hur en person klarar att utföra en uppgift eller handling samt inläring och kommunikation. Hur delaktig en person är i sin livssituation.

**Lärande och tillämpa kunskap.** Beskrivning av patientens förmåga att tänka och att lösa problem samt att fatta beslut.

*Exempel: Besluta sig för att tillkalla hjälp. Besluta sig för att tända lampan om ljuset är släckt. Besluta sig för att gå på toaletten vid behov. Välja att gå upp och ta på sig morgonrocken, sitta uppe en stund och sedan gå och lägga sig.*

**Uppgifter och krav.** Beskrivning av patientens förmåga för att organisera, planera och genomföra dagliga rutiner.

*Exempel: Kunna beräkna tid och planera efter det. Kunna behärska sitt eget beteende till exempel förstå att det inte är lämpligt att ropa högt i vissa situationer*

**Kommunikation.** Beskrivning av patientens förmåga att kommunicera genom språk, tecken och symboler. Förmåga att ta emot och förmedla budskap samt att genomföra samtal.

*Exempel: Att göra sig förstådd genom tal och kommunikationsutrustning exempelvis larm eller dator. Att utbyta tankar och idéer i ett samtal.*

**Förflyttning.** Beskrivning av patientens förmåga att ändra/bibehålla kroppsställning, lyfta och bära eller förflytta sig från en plats till en annan. Förmåga att använda transportmedel eller hjälpmedel.

*Exempel: Kunna ändra eller vara kvar i samma kroppsställning. Kunna resa sig ur en stol. Kunna lägga sig i sängen.*

**Personlig vård.** Beskrivning av patientens förmåga att sköta sin hygien, av- och påklädning, äta och dricka samt toalettbesök. Förmågan att sköta sin egen fysiska och psykiska hälsa och att se till sin egen säkerhet.

*Exempel: Klara att tvätta och torka sig själv. Klara att klä sig. Klara att äta och dricka. Klara att sköta sin egen hälsa.*

**Hemliv.** Beskrivning av patientens förmåga att skaffa varor och tjänster, bostad, mat och kläder. Utföra hushållsarbete som städa och laga mat. Bistå andra och ta hand om djur.

*Exempel: Klara att bereda sin egen kvällsmacka. Klara att skala potatis. Klara att hantera tvätt. Klara att sköta inköp. Klara att städa.*

**Interaktioner och relationer.** Beskrivning av patientens förmåga att samspele med människor på socialt lämpligt sätt.

*Exempel: Hur fungerar relationen med personal. Problem i relationen med personal och grannar eller andra beskrivs här.*

**Utbildning/arbete/sysselsättning och ekonomiskt liv.** Beskrivning av patientens förmåga att engagera sig i och utföra sådana uppgifter och eller handlingar som krävs vid utbildning, arbete, anställning samt ekonomiska transaktioner. Flera huvudmän kan vara involverade såsom skola, arbetsförmedling och överförmyndare.

*Exempel: Kunna betala sina räkningar eller hantera pengar vid inköp.*



- **Omgivningsfaktorer**

Den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivningen en person lever i. Alla former av hjälpmedel/utrustning i, på eller nära personen, läkemedel, boende, bostadsanpassning, familjesituation, husdjur, vård och vårderfarenheter samt riskbruk, missbruk och beroende.

**Personligt stöd och personliga relationer.** Beskrivning av patientens behov av stöd av närstående, familj, god man/förvaltare, hemtjänst/hemsjukvård, personliga assistenter, boendeform samt bostadens utformning.

*Exempel: Behöver hjälp av hemtjänst med dusch och inköp. Har hjälp av hemsjukvård avseende läkemedelshantering. Har sovrum på ovanvåningen.*

**Produkter och teknik.** Beskrivning av patientens aktuella hjälpmedel, glasögon, hörapparat, dosdispenserade läkemedel, medskickad dosett och kommentarer om läkemedel samt längd och vikt.

**Riskbruk, missbruk och beroende.** Beskrivning av patientens beteende och vanor som medför risk för hälsan.

- **Kroppsfunktioner/kroppsstruktur**

Beskrivning av funktion och funktionsnedsättning som finns i kroppens alla delar, organ och system samt symtom och sjukdomstillstånd.

**Psykiska funktioner.** Beskrivning av hjärnan och det centrala nervsystemets funktioner som exempelvis sömn, medvetande, minne, orientering och språk (även dysfasi/afasi). Tillfredsställa behov och drifter. Aptit. Temperament och emotionella funktioner. Insikt, omdöme, motivation (ta initiativ) och impuls kontroll. Apraxi, kroppsmedvetenhet och neglekt. Uppmärksamhet, vanföreställningar och hallucinationer. Förmåga att se sammanhang och konsekvens. Oro/komma till ro. Känsla av trygghet.  
*Exempel: Nedsatt närminne. Nedsatt orienteringsförmåga.*

**Sinnesfunktion och smärta.** Beskrivning av syn inklusive synfälsbortfall, hörsel, smak, lukt och känsel. Yrsel och balans. Smärta. Riskbedömning för fall.  
*Exempel: Nedsatt syn på höger öga. Smärta i höger ben, grad x enligt smärtskattning. Nedsatt hörsel.*

**Hjärt- kärl- blod- immunsystems- och andningsfunktioner.** Beskrivning av hjärtfunktioner, andningsfunktioner, infektioner och allergiska reaktioner.  
*Exempel: Överkänslighet mot nickel. Ortostatiska besvär vid lägesändring.*

**Matsmältnings- och endokrina funktioner.** Beskrivning av intagande av föda. Matsmältning. Avföring. Illamående och kräkning. Funktioner för att hålla lämplig kroppsvikt. Kroppstemperatur. Riskbedömning för undernäring. Munhälsobedömning.  
*Exempel: Födoämnesallergi gällande fisk- och skaldjur. Diarré. Obstipation.*

**Funktioner i köns- och urinorgan.** Beskrivning av urinfunktioner. Njursvikt. Sexuella funktioner och fortplantningsfunktioner. Menstruationsfunktioner. Riskbedömning för blåsdysfunktion.  
*Exempel: Ökad urinutsöndring. Urinläckage.*

**Rörelse och muskulära funktioner.** Beskrivning av leder, muskler och skelett. Rörlighet, pareser och reflexer. Muskelkraft, tonus. Viljemässiga, icke viljemässiga rörelser. Gångmönster.  
*Exempel: Nedsatt stabilitet i axelled. Dislokation av höftled. Nedsatt muskelstyrka höger arm.*

**Funktioner i huden.** Beskrivning av hudens kvalitet och skyddsfunktioner, eksem, klåda och sår. Hår och naglar. Svette. Riskbedömning för trycksår.

*Exempel: Sår höger häl grad 2.*

**Vårdrelaterade infektioner.** Om ja, är det obligatoriskt att beskriva behandling och planerad uppföljning samt eventuella restriktioner för patient och vårdpersonal.

Mer information finns på Vårdgivare Skånes hemsida under Smittskydd respektive Vårdhygien.

## Ställningstagande inför utskrivning

I ställningstagande inför utskrivning ska den slutna vården, kommunen och den regionfinansierade öppna vården göra en gemensam planering utifrån informationen i kartläggningen. Ställningstagandet ska beskriva vilka åtgärder och insatser parterna ska ge patienten i direkt anslutning till utskrivning och fram till en eventuell SIP ska genomföras. I planeringen ingår även att ta ställning till om, var och när en SIP ska göras.

Ställningstagandet inför utskrivning är en förutsättning för trygg och säker hemgång och blir en upprättad plan för patienten justerad av berörda parter. Planen ska vara justerad av alla berörda parter innan patienten skrivs ut från den slutna vården.

I de fall där det finns ett ytterligare behov av samordning av insatser/åtgärder från både socialtjänst och hälso- och sjukvård, utifrån patientens behov och önskemål, behövs en SIP. SIP ska skapa en tydlig helhetsbild av behoven, planera insatser, samordna verksamheternas stöd och insatser samt ansvarsfördelning. SIP ska ge en helhetsbild av den enskildes situation för alla som är involverade i vården och omsorgen.

## Slutenvård

### Patientens yttrande

Den slutna vården anger patientens yttrande kring samtliga föreslagna åtgärder och insatser som denne erbjuds i samband med utskrivning. Här ska även framgå patientens delaktighet, önskemål och frågor inför hemgång.

### Ansvarig läkare slutenvård

Här anges den läkare som är ansvarig för innehållet i slutenvårdens planering.

### Sammanfattning av vårdtiden

Kortfattad sammanfattning av vårdtiden av det som är relevant inför utskrivningen såsom intagningsorsak, undersökningar, behandlingar, eventuella operationer samt rehabiliteringsåtgärder.

### Medicinsk ansvarsfördelning och kontaktuppgifter

I samband med utskrivning från den slutna vården ska det medicinska ansvaret för patienten och dennes vårdinsatser vara tydliggjort och väl beskrivet. När specialistvården bedömer att ett medicinskt ansvar inte kan överlämnas till vårdcentralen ska denna del av det medicinska ansvaret kvarstå inom den specialiserade öppna vården (exempelvis sjukhusets specialistmottagningar). Om det medicinska ansvaret är fördelat på en eller flera enheter inom den specialiserade öppna vården ska berörda enheter anges samt vilka insatser/åtgärder respektive enhet ansvarar för.

Om patienten planeras skrivas ut med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård ska det framgå här.

Kontaktuppgifter till ansvarig enhet/enheter samt till ansvarig läkare ska anges.

**Egenvård**

Om ja, är det obligatoriskt att kortfattat beskriva vilken hälso- och sjukvårdsinsats som ska utföras som egenvård samt när uppföljning ska ske. Kopia på blankett för egenvård med tillhörande dokumentation medföljer patienten vid utskrivning vilket utgör underlag för kommunens biståndsbeslut.

**Förbrukningsmaterial**

Om ja, är det obligatoriskt att beskriva material och för vad samt vem som har ordinations- och uppföljningsansvar.

Kostnadsansvaret för ordinerade förbruknings- och sjukvårdsartiklar följer den enhet som har det medicinska ansvaret och det ska tydligt anges i ställningstagandet. Kostnadsansvaret kan vara kopplat till olika enheter beroende på hur det medicinska ansvaret är fördelat.

**Ställningstagande till SIP – görs av den öppna vården**

Beslut om SIP tas av kallelseansvarig fast vårdkontakt i regionfinansierade öppna vården. Vid behov kan kallelseansvarig samråda med den slutna vården.

I de fall SIP görs ineliggande (röd process) ska patienten inte göras utskrivningsklar innan kallelse har publicerats. Vid avslutad vårdrelation tar den slutna vården bort sig själv som deltagare i SIP:en.

**Rehabiliteringsbehov efter utskrivning**

Den slutna vården beskriver behovet av rehabilitering efter utskrivning.

**Hjälpmiddelsbehov efter utskrivning**

Den slutna vården beskriver behovet av hjälpmedel efter utskrivning.

**Restriktioner**

Den slutna vården beskriver behovet av restriktioner kring vård och behandling.

**Omedelbara åtgärder/insatser efter utskrivning**

Den slutna vården beskriver behovet av hjälp och stöd av hälso- och sjukvård, och/eller socialtjänst efter utskrivning från kommun, vårdcentral eller annan öppenvård.

## Öppenvården

**Ansvarig läkare öppenvård**

Här anges den läkare som är ansvarig för innehållet i öppenvårdens planering.

**Ställningstagande till SIP**

Den regionfinansierade öppna vården ska efter samråd med kommunen, och vid behov den slutna vården, besluta om en SIP ska göras och bjuder därefter in de deltagare som behövs.

Ett av följande alternativ anges:

- SIP finns, behöver ej uppdateras
- SIP finns, behöver uppdateras. Görs efter utskrivning
- SIP finns, behöver uppdateras. Görs under slutenvårdstillfället
- SIP finns ej, behöver skapas. Görs efter utskrivning
- SIP finns ej, behöver skapas. Görs under slutenvårdstillfället
- SIP behövs inte

### Medicinsk ansvarsfördelning öppenvården

I samband med utskrivning från den slutna vården ska det medicinska ansvaret för patienten och dennes vårdinsatser vara tydliggjort och väl beskrivet. Om det medicinska ansvaret är fördelat på en eller flera enheter inom den öppna vården ska berörda enheter anges samt vilka insatser/åtgärder respektive enhet ansvarar för.

Kontaktuppgifter till ansvarig enhet/enheter samt till ansvarig läkare ska anges.

Den regionfinansierade öppna vårdens medicinska ansvar inträder när patienten skrivs ut från den slutna vården under förutsättning att berörda enheter har accepterat övertagandet av det medicinska ansvaret. Vårdcentralen har medicinskt ansvar och/eller ansvar för koordination av fortsatta insatser från den specialiserade vården gentemot den kommunala hälso- och sjukvården.

## Kommun

Kommunen ska samråda med den regionfinansierade öppna vården i samband med beslut om SIP.

### Planerade åtgärder/insatser efter utskrivning

Kommunen beskriver de socialtjänstinsatser och/eller hälso- och sjukvårdsåtgärder inklusive rehabilitering och hjälpmedel som tillgodoses omedelbart efter utskrivning.

### Kommentar

Kontaktuppgifter till ansvarig enhet/enheter ska anges.

Datum och tid för hemgång.

## **Kallelse till samordnad individuell planering (SIP)**

Syftet med SIP är att samordna patientens behov och önskemål från både socialtjänst och hälso- och sjukvård som framkommit i kartläggningen samt att tydliggöra vilka enheter som ansvarar för vilka insatser/åtgärder. Detta ger en helhetsbild av patientens situation.

Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även vårdcentralen medverka i den samordnade individuella planeringen.

Kallelse kan skickas när det går att bedöma vilka insatser patienten har behov av efter utskrivningen.

Kallelsen kan med fördel upprättas och publiceras av den kallelseansvarige samma dag som det angivna fastställda datumet för utskrivningsklar. Om behov av tolk finns ansvarar kallelseansvarig att behovet tillgodoses.

För de patienter där en SIP behöver göras innan utskrivning (röd process) ska kallelse till SIP ske innan datum för utskrivningsklar. Den slutna vården meddelar snarast möjligt den kallelseansvarige via meddelandefunktionen i Mina planer när det är dags att skicka kallelsen till SIP. Kallelsen ska publiceras skyndsamt, senast 24 timmar efter att den slutna vården meddelat kallelseansvarig. SIP ska genomföras snarast, senast påföljande vardag efter kallelse till SIP publicerats till berörda enheter. Intentionen är att patienten ska kunna skrivas ut så snart som möjligt efter att ett SIP möte har genomförts.

För de patienter där en SIP behöver göras efter utskrivning (gul process) ska SIP planeras in utan dröjsmål i enlighet med patientens behov, dock senast inom tre veckor efter utskrivning från den slutna vården.

Den kallelseansvarige anger dag och tid när mötet ska ske samt mötesform (personligt möte, distansmöte eller telefon). Berörda enheter godkänner föreslagen tid och mötesform. Om föreslaget datum eller tid inte passar någon enhet ska den enheten kontakta den kallelseansvarige för att komma överens om annan dag och/eller tidpunkt för SIP mötet.

Vid den samordnade individuella planeringen ska personal medverka som har kompetens att bedöma och erbjuda insatser så att patientens behov tillgodoses. De berörda enheterna avgör själva vilka befattningshavare som ska medverka.

Om patienten motsätter sig att gemensam plan upprättas, eller avböjer kommunala insatser ska detta kommuniceras via meddelandefunktionen och ingen kallelse ska skickas.

Om patienten önskar att närstående ska medverka i SIP ansvarar den kallelseansvarige för att dessa kallas till den överenskomna tidpunkten. Om närstående inte har möjlighet att närvara fysiskt ska de erbjudas delta via telefon eller distansmöte.

Kallelse till SIP som publicerats för berörda enheter före klockan 12 anses inkommen samma dag, medan kallelse som publicerats efter klockan 12 anses inkommen närmast följande dag.

## Utskrivningsklar

Syftet med utskrivningsklar är att berörda enheter blir informerade om att patienten är klar att skrivas ut en angiven dag.

Med utskrivningsklar menas att en patients hälsotillstånd är sådant att den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården.

När den behandlande läkaren har bedömt att en patient är utskrivningsklar, ska den slutna vården så snart som möjligt underrätta berörda enheter, patienten och eventuellt dess närstående om denna bedömning, om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det.

- Den slutna vården skapar och publicerar utskrivningsklar till berörda enheter i fliken Tid för utskrivning
- Om patientens hälsotillstånd förändras så datum för utskrivningsklar förändras, ska den slutna vården informera berörda enheter genom att ändra utskrivningsklar i fliken Tid för utskrivning samt ange orsak till ändringen.
- I de allra flesta fall publiceras utskrivningsklar innan kallelse till SIP, men för de patienter där en SIP behöver göras innan utskrivning, ska kallelse till SIP ske innan utskrivningsklar
- Namn på den behandlande läkare som fattat beslut om utskrivningsklar ska anges

I samband med att patienten anmäls utskrivningsklar ska den slutna vården påbörja sammanställningen av information som ska överföras enligt nedan.

## Överföring av information vid utskrivning från den slutna vården till kommun och relevanta regionfinansierad öppenvård

Syftet är att säkerställa att patienten får en fortsatt trygg och säker vård efter utskrivning från den slutna vården.

Informationen till kommunen och relevant regionfinansierad öppenvård bifogas i Mina planer.

Respektive kommun ansvarar själv för att delge informationen vidare inom sin organisation, till den det berör.

Nedanstående är exempel på dokument som ska överföras direkt till kommunen och relevanta regionfinansierad öppenvården samt aktiviteter som ska utföras beroende på patientens behov (se bilaga 1):

- Tvärprofessionell epikris
- Utskrivningsinformation med läkemedelslista
- Riskbedömning med tillhörande vårdplan
- Egenvårdsbedömning med tillhörande dokumentation
- Ordination och instruktion för särskilda hjälpmedel
- Ordination av Nutritionsbehandling
- Andra dokument av vikt

Informationen ska överföras till nästa vårdgivare senast i direkt anslutning till utskrivning.

Om patienten har läkemedel eller annat material/produkter gäller följande:

- Om patienten har dosdispenserade läkemedel ska läkemedelsförändringar utföras i Pascal innan klockan 12 utskrivningsdagen
- Läkemedel, förbrukningsmaterial, näringsprodukter etcetera medsänds för de närmaste dagarna (antal dagar enligt överenskommelse med kommunen i det enskilda patientfallet) tills berörd kommun får materialet levererat

## Information till patienten i samband med utskrivning

Syftet är att stärka patientens ställning och möjlighet att vara delaktig i sin egen vård. Patienten behöver information för att utöva sitt självbestämmande och ta ställning till om den erbjudna vården accepteras. Vid behov ges informationen även i annan form anpassad till patientens förutsättningar.

Respektive kommun ska ha informationsblad/broschyr avseende information om korttidsboende och eventuellt hemtagningsteam. Dessa bifogas Mina planer om patienten är beviljad någon av dessa insatser och överlämnas innan patienten skrivs ut från den slutna vården.

Vid utskrivning ska nedanstående information ges av slutenvården till patienten:

- Sammanfattning av vilken vård patienten fått i den slutna vården
- Vem som är fast vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården
- Befintlig planering för fortsatt vård och omsorg
- Om SIP är inplanerat meddelas datum och tidpunkt

## Utskrivning

Syftet med utskrivningsmeddelande är att informera berörda parter utskrivningsdagen att patienten lämnat den slutna vården.

- Det är den slutna vården som skapar och publicerar utskrivning med datum för det faktiska utskrivningstillfället
- Om patienten avlidit är det den slutna vården som skapar och publicerar ett utskrivningsmeddelande med markering avliden och datum
- Om patienten avböjer insatser ska den slutna vården skapa och publicera ett utskrivningsmeddelande med markering: "avböjer insatser" och ange datum

Om folkbokföringsadress inte är densamma som vistelseadressen ska båda adresserna anges av den slutna vården på utskrivningsmeddelandet.

## Permission

Om en patient ska gå på permission från den slutna vården där insatser och hjälpmedel krävs i det egna hemmet ska överenskommelse och planering ske tillsammans med kommunen i god tid före permissionen. Kostnadsansvaret för insatserna (service, omvårdnad och vård) och hjälpmedel i hemmet under permission åvilar den slutna vården och faktureras i efterhand från kommunen. Nödvändiga förbrukningsartiklar och läkemedel ska medfölja patienten.

## Regler för kommunens betalningsansvar enligt lagstiftning

*Som komplement finns en överenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne län om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som reglerar när betalningsansvaret inträder enligt en genomsnittsmo­dell.*

För att kommunens betalningsansvar ska inträda ska följande kriterier vara uppfyllda:

1. Den slutna vården har underrättat kommunen om att patienten har skrivits in via inskrivningsmeddelande innehållande namn, personnummer, folkbokföringsadress samt beräknad tidpunkt för utskrivning
2. Den slutna vården har underrättat kommunen om att patienten är utskrivningsklar. Meddelande om datum för utskrivningsklar som publiceras före klockan 12 anses inkommen samma dag, medan meddelande efter klockan 12 anses inkommen närmast följande dag
3. I de fall en samordnad individuell planering ska genomföras är kommunen betalningsansvarig endast om den fasta vårdkontakten i den region finansierade öppna vården har kallat till samordnad individuell planering senast tre dagar efter underrättelse om att patienten är utskrivningsklar. Planerad vård enligt öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård undantas från denna punkt

Den kommun där patienten är folkbokförd har betalningsansvar. Om en enskild kommun har beslutat att en patient ska vistas i en särskild boendeform eller bostad som avses enligt 5 kap. 5, 7 §§ eller 7 kap. 1 § socialtjänstlagen i annan kommun har den beslutande kommunen betalningsansvaret för den patienten oavsett var patienten är folkbokförd.

I de fall patienten inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att insatser som den regionfinansierad öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga, eller det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga har kommunen inget betalningsansvar.

## Meddelandefunktion i IT-stödet Mina planer

Syftet med meddelandefunktionen är att optimera och säkerställa kommunikationen mellan berörda enheter. Därför ska meddelande mellan berörda enheter främst ske via denna funktion.

För att mottagande enheter tydligt ska uppmärksamma inkommit meddelande ska kvittens alltid begäras.

## Makulering

Se användarmanual för IT-stödet Mina planer.

## Avbrott, uppehåll och avsluta planeringen

Om patientens hälsotillstånd försämras/förändras så att förutsättningar för fortsatt planering inte är möjlig görs uppehåll. När patienten åter är planeringsbar ska nytt beräknat datum för utskrivning anges i fliken Tid för utskrivning och kartläggning revideras vid behov.

Kommunens betalningsansvar föreligger inte under den tiden avbrott/uppehåll pågår.

Processen kan avslutas när som helst till exempel om patient dragit tillbaka samtycket eller avböjer erbjuden planering/insatser. Det samma gäller om patienten avlider under vårdtiden.

Detta sker genom att slutenvården publicerar ett utskrivningsmeddelande till berörda parter och anger orsak till varför processen avslutas.

## Information- och utbildningsbehov inför utskrivning

När den regionfinansierade öppna vården och kommunen är i behov av stöd och utbildning avseende särskilda åtgärder och insatser inför utskrivning av patienten ska de i samråd med den slutna vården planera informations- och utbildningsinsatser. De enheter som ska utbilda respektive erhålla utbildning ska planera utbildning av ett fåtal personer som i sin tur ska utbilda vidare.

Den regionfinansierade öppna vården och kommunen ska initiera till tidig kontakt via meddelandefunktionen i IT-stödet Mina planer.

De berörda enheterna ansvarar för vidare information till berörd personal inom respektive enhet så att planering för utbildning påbörjas utan dröjsmål så att patienten kan skrivas ut när patienten är bedömd utskrivningsklar.

## Elektiv vård med ett i förväg beskrivet behov

Vid elektiv vård där patienten är inskriven i den slutna vården, följs den gröna processen och specialistmottagningarna ansvarar för att information ges till patienten om förväntat behov av insatser från kommunen. Vårdprogram eller andra riktlinjer kan utgöra ett värdefullt planeringsunderlag.

Patienten ska själv, direkt efter att hen har fått information/besked om planerat ingrepp, kontakta berörda befattningshavare i kommunen för utredning och planering av insatser efter utskrivning.

Om patientens hälsotillstånd avviker på ett negativt sätt ifrån förväntat förlopp kan det bli aktuellt med en mer omfattande kartläggning och planering.



## **Samordnad vårdplanering vid öppen psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller öppen rättspsykiatrisk vård (LRV)**

Öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård är en vårdform för patienter som inte behöver vårdas i slutenvård men som behöver iaktta särskilda villkor för att vården ska kunna ges i öppenvård.

Chefsöverläkaren ansöker om öppen rättspsykiatrisk vård och öppen psykiatrisk tvångsvård med särskilda villkor hos Förvaltningsrätten som fattar beslut om vårdformerna samt föreskriver de villkor som ska gälla för vården. Till ansökan ska det fogas en samordnad vårdplan enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT), 7a § LPT.

Chefsöverläkaren kan uppdra ansvaret för tvångsvården till specialistläkare verksam i öppen- eller slutenvård. För att ansvaret ska kunna uppdras krävs att specialistläkaren är verksam i ett verksamhetsområde som bedriver sluten vård.

Uppgifter om en enskild som vårdas enligt LPT eller LRV kan lämnas mellan myndigheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, om det behövs för att den enskilde ska få nödvändig vård, behandling eller annat stöd. Dock ska samtycke från den enskilde alltid eftersträvas.

## **Utskrivningsprocess vid planerad vård enligt öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård**

### **Inskrivningsmeddelande**

Se avsnitt Inskrivningsmeddelande, tidigare i rutinbeskrivningen.

### **Kartläggning**

Se avsnitt Kartläggning, tidigare i rutinbeskrivningen.

### **Fast vårdkontakt**

Se avsnitt Fast vårdkontakt, tidigare i rutinbeskrivningen.

### **Kallelse till samordnad vårdplanering**

Chefsöverläkaren fattar beslut om att en kallelse till Samordnad vårdplanering enligt LPT 7a § ska skickas till berörda parter. För att kalla till en samordnad vårdplanering enligt LPT 7a § används kallelsefunktionen till Samordnad vårdplan vid LPT/LRV i IT-stödet Mina planer. Det är heldygnsvården som ansvarar för kallelse vid en ny ansökan. Vid ansökan om förlängning följer ansvaret för kallelse det medicinska ansvaret i enlighet med chefsöverläkarens beslut.

Kallade parter skall verka för att skyndsamt genomföra mötet.

## Upprätta en samordnad vårdplan enligt LPT 7a §

Vid upprättande av samordnad vårdplan enligt LPT 7a § ska Samordnad vårdplan vid LPT/LRV användas i IT-stödet Mina planer. Densamma används vid uppföljningen av den samordnade vårdplanen enligt LPT 7a §. Den samordnade vårdplanen ska utformas i samarbete med de enheter som ansvarar för respektive insats och ska så långt som möjligt utformas i samråd med patienten.

En samordnad vårdplan enligt LPT 7a § ska innehålla uppgifter om:

- det bedömda behovet av insatser från regionens hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård,
- beslut om insatser och, så långt möjligt, patientens inställning till insatserna i vårdplanen,
- vilken enhet vid regionens eller kommunen som ansvarar för respektive insats, och
- eventuella åtgärder som vidtas av andra än regionen eller kommunen.

I den samordnade vårdplanen ska det klart framgå vem som ansvarar för respektive insats och var det medicinska ansvaret ska ligga.

En förutsättning för att chefsöverläkaren ska kunna ansöka om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård är att den samordnade vårdplanen är undertecknad/justerad av de enheter vid regionen och/eller kommunen som svarar för insatserna.

En samordnad vårdplan ska, enligt LPT 7a §, skrivas oavsett om behov finns av kommunala insatser eller inte. Om patienten inte önskar eller anses vara i behov av kontakt med kommunen ska orsaken till detta tydligt framgå i den samordnade vårdplanen.

Uppföljning ska ske minst var 6:e månad eller i samband med ansökan om förlängning av öppen rättspsykiatrisk vård eller öppen psykiatrisk tvångsvård. Varje berörd enhet ansvarar för att delta i uppföljning av den samordnade vårdplanen. Deltagare i uppföljningen ska vara väl insatta i hur den egna enhetens insatser har fungerat.

## Utskrivningsklar

Meddelande om utskrivningsklar skickas av den slutna vården när beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård har fattats. Utskrivningsklar i dessa ärenden motsvarar en underrättelse till berörda enheter om beslut om öppen rättspsykiatrisk vård eller öppen psykiatrisk tvångsvård. Vård enligt LPT utgör inte hinder för anmälan av utskrivningsklar med undantag för processer som ska utmynna i beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård.

I övrigt se avsnitt Utskrivningsklar, tidigare i rutinbeskrivningen.

## Särskilda villkor

Öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård möjliggör en utslussning för patienter som kan skrivas ut från slutna heldygnsvård, men som i samband med det fortfarande behöver förhålla sig till vissa särskilda villkor. Förvaltningsrätten beslutar om de särskilda villkor som gäller i varje enskilt fall. Den samordnade vårdplanen ska beskriva vilka åtgärder som ska vidtas av respektive part för att stötta patienten i att följa de särskilda villkoren och vilka åtgärder som ska vidtas av respektive part om patienten inte följer de särskilda villkoren.

Psykiatrin ansvarar för att följa upp de särskilda villkoren. Kommunen har ansvar för sina insatser kopplade till de särskilda villkoren, men har aldrig ansvar för att patienten följer de särskilda villkoren om

denne väljer att bryta mot dem. Kommunen bör dock meddela psykiatrin om de uppmärksammar brister i följsamheten av villkoren. Tvångsåtgärder kan aldrig utövas utanför den slutna heldygnsvården.

Enligt LPT och LRV får de särskilda villkoren avse:

- skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling,
- skyldighet att hålla kontakt med en viss person, - skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vård eller behandling eller att besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten,
- vistelseort, bostad, utbildning eller arbete,
- förbud mot att använda berusningsmedel,
- förbud mot att vistas på en viss plats eller att ta kontakt med en viss person, eller
- annat som är nödvändigt eller följer av vårdplanen. Lag (2008:415).

## **Betalningsansvar**

Se avsnitt Regler för kommunens betalningsansvar enligt lagstiftningen, tidigare i rutinbeskrivningen.

Bilaga 1 Checklista var dokument ska skickas

## Checklista på var dokument ska skickas vid utskrivning från slutna vården till kommun och relevant regionfinansierad öppenvård

Dokumenterna ska skickas till kommun och relevant regionfinansierad öppenvård senast i direkt anslutning till utskrivningen.

| Dokument   | Kommunal hälso- och sjukvård (HSL) (hemsjukvård/ rehabilitering/ hjälpmedel) | Hälso- och sjukvård (HSL) öppenvård (Region Skåne) | Socialtjänstlagen (SoL) (hemtjänstinsatser)<br><br>Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) |
|--|--|--|---|
| Tvärprofessionell epikris  | X  | X  |   |
| Utskrivningsinformation med läkemedelslista  | X  | X  |   |
| Riskbedömning med tillhörande vårdplan   | X  | X  | X   |
| Egenvårdsbedömning med tillhörande dokumentation   | X  | X  | X   |
| Ordination av Nutritionsbehandling   | X  | X  |   |
| Ordination och instruktion för särskilda hjälpmedel  |  | X  |   |
| Förvaltningsrättens beslutade särskilda villkor (vid öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård) | X  | X  | X   |

**HSL:** Hälso- och sjukvårdslagen, är en ramlag som innehåller mål och riktlinjer för all hälso- och sjukvård.

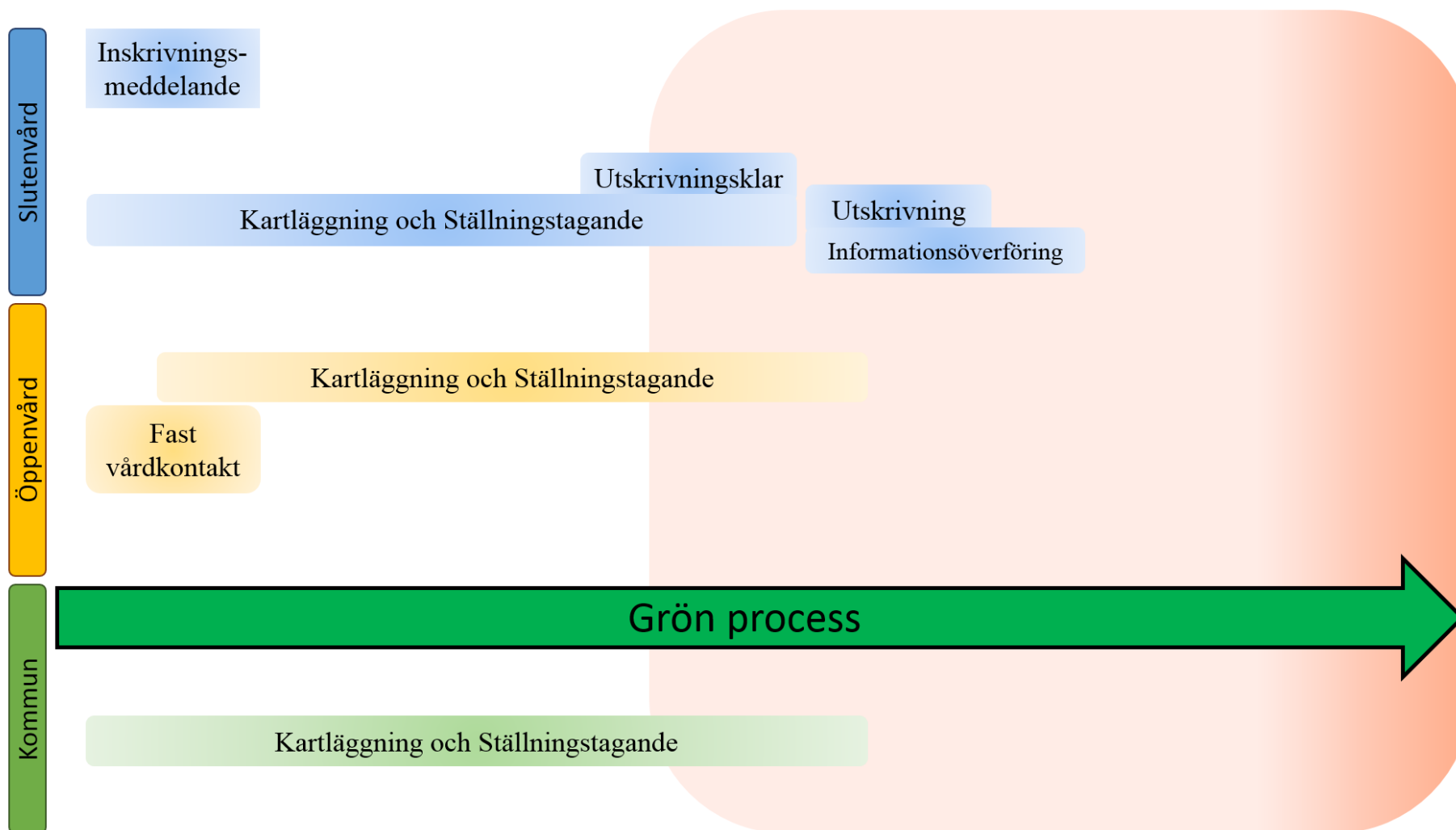
**Kommunal hälso- och sjukvård (HSL):** omfattar hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedel till personer i ordinärt boende och kommunernas särskilda boendeformer. Insatserna utförs upp till sjuksköterskenivå inkluderat fysioterapeut- och arbetsterapeutnivå.

**Hälso- och sjukvård (HSL) öppenvård, Region Skåne:** hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av vårdcentraler, öppna psykiatriska mottagningar och sjukhusens specialistmottagningar.

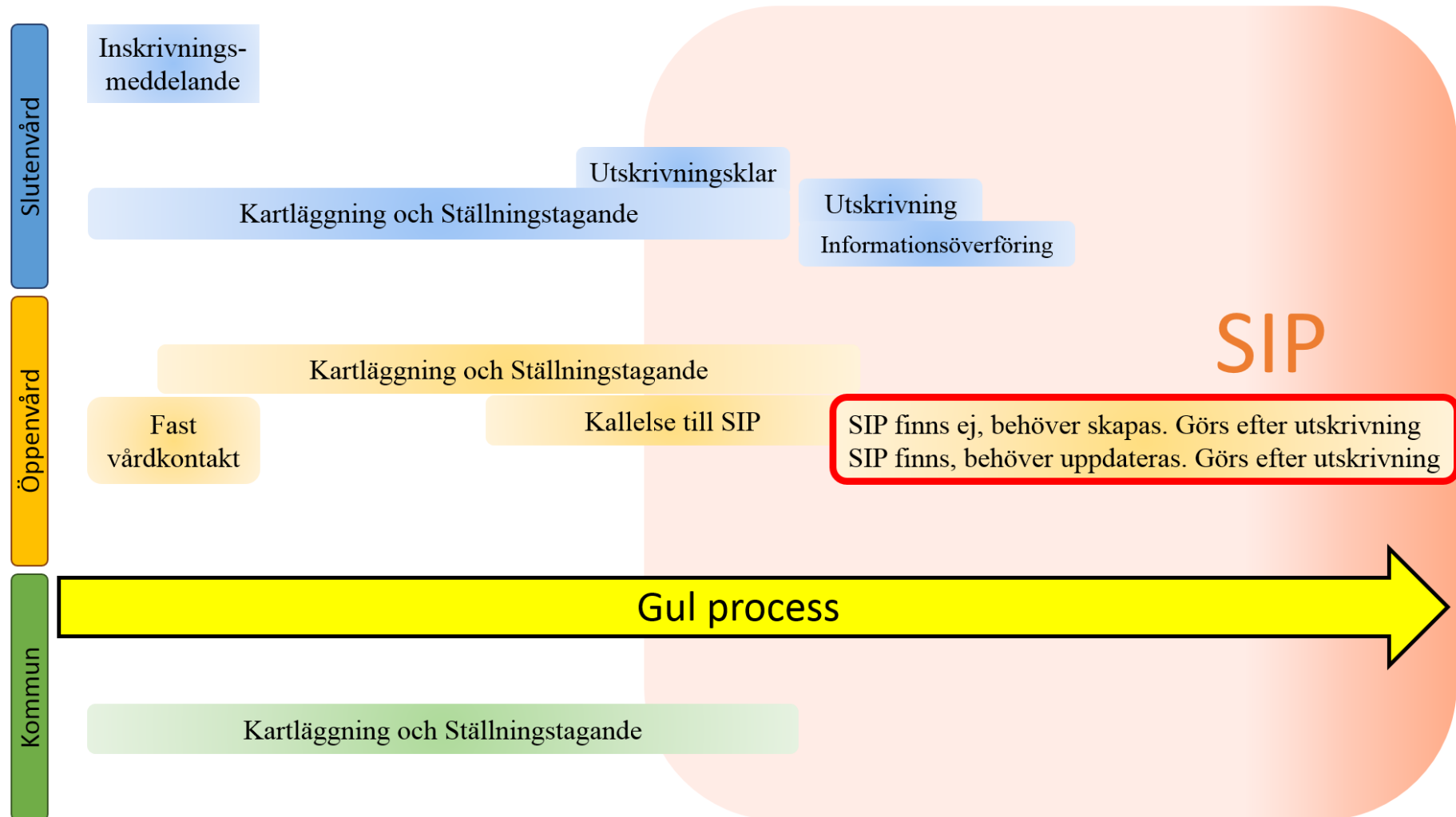
**Socialtjänstlagen (SoL):** insatser som beslutas av biståndshandläggare/socialsekreterare exempelvis hemtjänstinsatser som personlig hygien, matleverans och boendestöd samt korttidsboende.

**Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS),** insatser som beslutas av LSS-handläggare exempelvis personlig assistans, ledsagarservice, kontaktperson och daglig verksamhet.

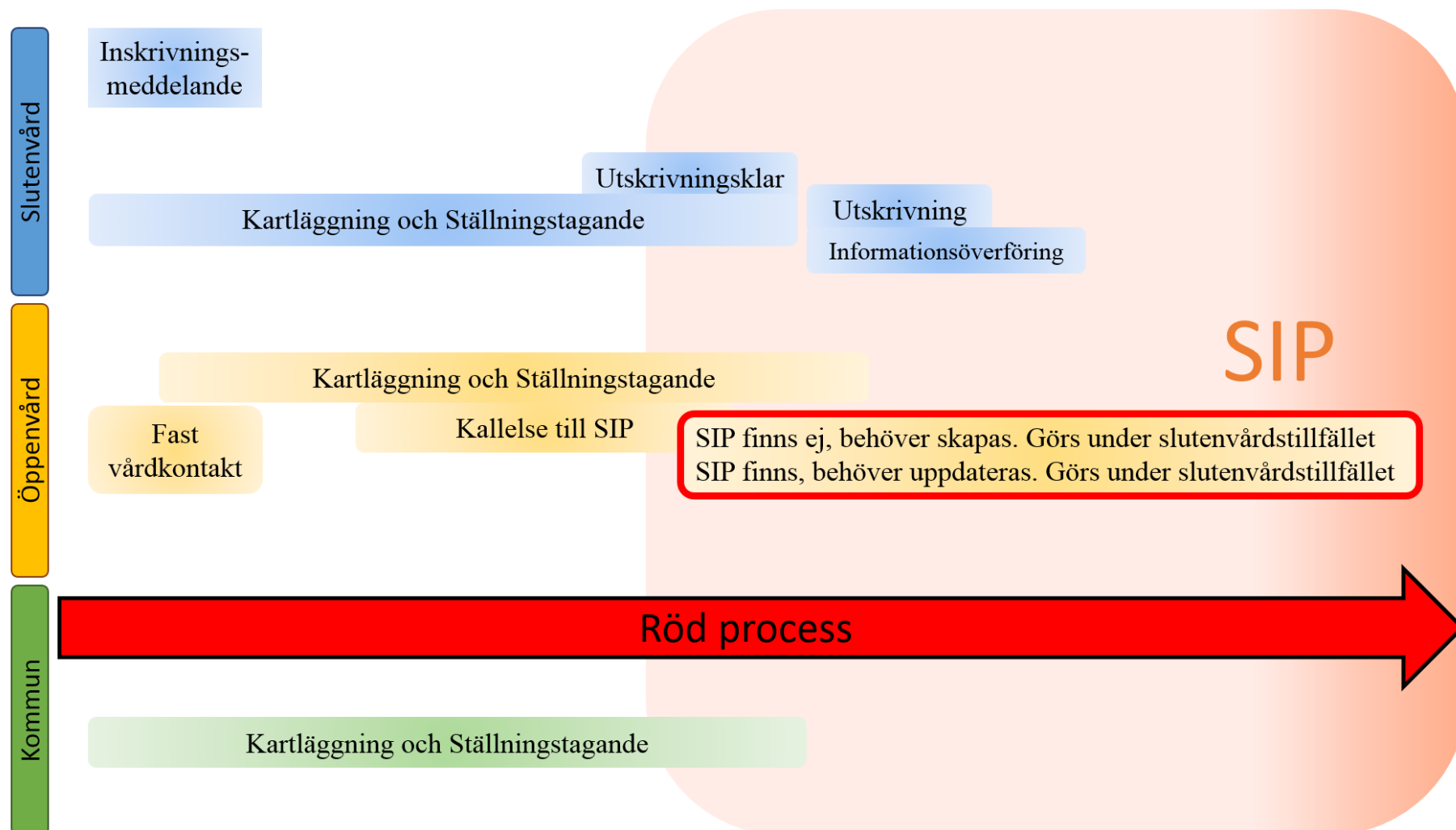
## Bilaga 2 Grön process



## Bilaga 3 Gul process

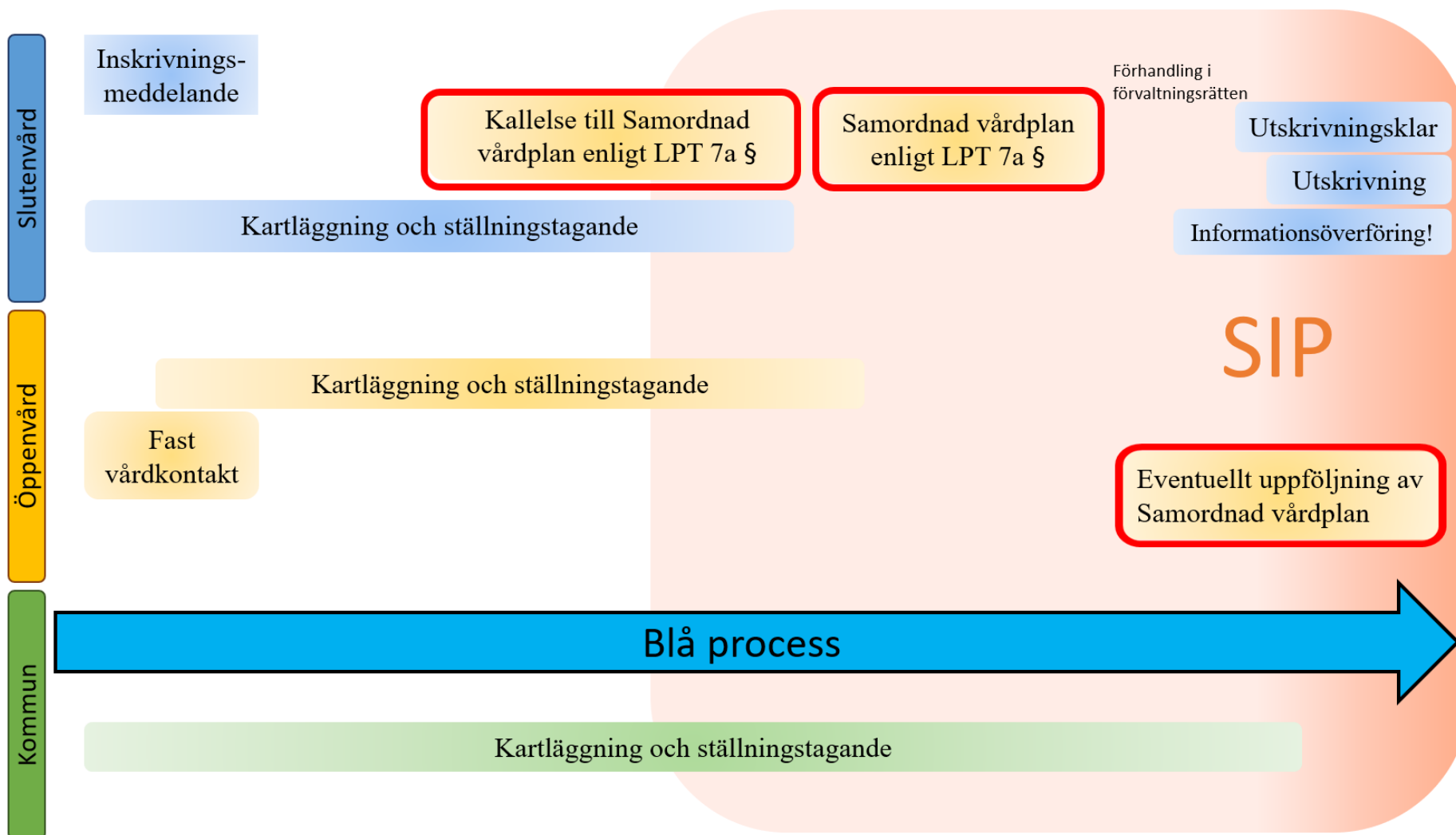


## Bilaga 4 Röd process





## Bilaga 4 Blå process



## Arbetsgrupp

Framtagande och revidering av rutinen har genomförts på uppdrag av Förvaltningsgruppen av regelverk för SVU och SIP. Förvaltningsgruppen arbetar på uppdrag av Tjänstemannaberedningen till Centralt samverkansorgan.

### Arbetsgruppen vid framtagande av rutinen 2017

#### *Från Region Skåne*

Lena Jeppsson, Hälso- och sjukvårdstrateg och Chefsjuksköterska, sammankallade  
 Anna Andersson, Handläggare samverkan vid utskrivning  
 Birgitta Landin, Områdeschef primärvården  
 Kristina Olsson, Närsjukvårdstrateg  
 Caroline Bengtsson, Närsjukvårdsstrateg

#### *Från kommunerna*

Anna-Lena Fällman, Medicinskt ansvarig sjuksköterska Skurups kommun samt Hälso- och sjukvårdsstrateg  
 Kommunförbundet Skåne, sammankallande  
 Anneli Flink, Medicinskt ansvarig rehabilitering Kristianstad kommun  
 Jessika Sona, Medicinskt ansvarig sjuksköterska Lunds kommun  
 Gunilla Ahlstrand, Enhetschef Burlövs kommun

### Arbetsgruppen vid revidering av rutinen 2020-2021

#### *Från Region Skåne*

Lena Jeppsson, Hälso- och sjukvårdstrateg och Chefsjuksköterska, sammankallade  
 Anna Andersson, Handläggare samverkan vid utskrivning  
 Kristina Olsson, Närsjukvårdstrateg  
 Bernad Christiansson, Kurator

#### *Från kommunerna*

Anna-Lena Fällman, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Skurups kommun samt Hälso- och sjukvårdsstrateg  
 Skånes Kommuner, sammankallande  
 Anneli Flink, Medicinskt ansvarig rehabilitering, Kristianstad kommun  
 Jessika Sona, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Lunds kommun

### Arbetsgruppen vid revidering av rutinen 2022-2023

#### *Från Region Skåne*

Lena Jeppsson, Hälso- och sjukvårdstrateg och Chefsjuksköterska, sammankallade  
 Anna Andersson, Handläggare samverkan vid utskrivning, Skånes universitetssjukhus  
 Marie Bladh, Verksamhetschef, Vårdcentralen Laxen  
 Bernard Christiansson, Kurator, Psykiatri & Habilitering  
 Stefan Karlegård, Hälso- och sjukvårdsstrateg, Skånes sjukhus nordväst  
 Annika Strömdahl, Verksamhetschef, Vårdcentralen Vittsjö

*Från kommunerna*

Emma Jansson, Hälso- och sjukvårdsstrateg Skånes Kommuner, sammankallande

Anneli Flink, Avdelningschef Östra Göinge kommun

Jessika Sona, Medicinskt ansvarig sjuksköterska Lunds kommun