

In- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Område vård och omsorg

Gemensam målsättning

Inom område vård och omsorg ska alla medverka i in- och utskrivningsprocessen så att den enskilde får en säker vårdkedja. Alla medarbetare ska möjliggöra att utskrivningar från slutenvården sker säkert och så snabbt som möjligt efter att den enskilde är utskrivningsklar.

Begrepp i rutinen

I denna rutin avses följande med:

Hälso- och sjukvård

Åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Socialtjänst

Insatser som riktar sig till en enskild person enligt socialtjänstlagen (SoL) eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Slutenvård

Hälso- och sjukvård som ges till en patient inneliggande vid en vårdinrättning, i rutinen avses sjukhusvård.

Öppenvård

Annan hälso- och sjukvård än slutenvård, i rutinen avses vårdcentral och/eller öppenvårdsmottagning.

Version: 3.0

Uppdaterad 2023-09-22

Innehåll

Gemensam målsättning	2
Begrepp i rutinen	2
Samordnad individuell plan, SIP	4
Överenskommelse	4
Lifecare	5
Behörighet i Lifecare	5
In- och utskrivningsprocessen	6
Samtycke	6
Beslutsstöd vid försämrat hälsotillstånd	6
<i>Beslutsstöd</i>	6
<i>Vårdbegäran</i>	6
<i>ADL-status</i>	7
Inskrivningsmeddelande	7
Planeringsunderlag	7
Generellt meddelande	7
<i>Bilagor</i>	8
Utskrivning enligt ViSam-modellens spår	8
Utskrivningsplanering	9
Utskrivningsklar	10
Hemgångsklar	10
Patientinformation	11
Utskrivningsmeddelande	11
Samordnad individuell plan, SIP	12
<i>Kallelse till SIP</i>	12
<i>SIP-mötet</i>	12

Lag (2017:612)

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för de personer som efter utskrivning från slutenvården behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppenvården. Lagstiftarens intention är att den enskilde skrivs ut från slutenvården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att denne är utskrivningsklar.

Lagen reglerar hur de olika aktörerna ska samverka med varandra samt hur insatserna ska planeras för att möjliggöra en trygg och säker utskrivning. Den reglerar också kommunens betalningsansvar.¹

Samordnad individuell plan, SIP

Lag (2017:612) reglerar när en SIP ska genomföras i samband med att den enskilde vårdats inom slutenvården. När en person har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med region Örebro län upprätta en samordnad individuell plan. SIP ska genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna.

Överenskommelse

Region Örebro län och kommunerna i Örebro län har gjort en överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutenvården.² Överenskommelsen är en övergripande och vägledande ramöverenskommelse utifrån de förutsättningar som gäller i Örebro län och den reglerar parternas ansvar, processen kring trygg och effektiv utskrivning, överenskommelse avseende vissa patientgrupper och ekonomisk reglering.

Betalningsansvaret beräknas enligt överenskommelsen på utskrivningsklara dagar efter det att slutenvården har meddelat kommunen att den enskilde är utskrivningsklar. Betalningsansvaret beräknas per månad för alla förvaltningar tillsammans inom Örebro kommun och inträder om det genomsnittliga antalet dagar i slutenvård efter utskrivningsklar överskrider 3 kalenderdagar. Överskrider detta medelvärde utgår betalningsansvar på individnivå för de som varit kvar på sjukhuset utöver tre dagarna förutsatt att öppenvården erbjudit SIP inom tre dagar från att personen varit utskrivningsklar.

¹ Se Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård, Svensk författningssamling 2017:612 för mer information.

² Överenskommelse mellan Region Örebro län och kommunerna i Örebro län om samverkan vid utskrivning från slutenvård.

ViSam modellen

ViSam står för Vår planering och informationsöverföring i en samlad modell. ViSam modellen används i Region Örebro län och tillämpas av länets vård och omsorgsverksamheter i samband med in- och utskrivning inom slutenvården.

ViSam modellen³ är en samverkansmodell för informationsöverföring och planering och den består av tre delar: beslutsstöd, säker utskrivning och samordnad individuell plan, SIP.

Exempel på beräkning av betalningsansvar

Läkare bedömer den enskilde utskrivningsklar på måndag kl. 11:00, måndag räknas som dag 1. Personen har nya behov. Utskrivningsplanering genomförs på tisdagen och omsorgsutförare får nytt uppdrag tisdag eftermiddag, tisdag räknas som dag 2. Hemgång sker onsdag förmiddag, dag 3. Betalningsansvar inträder torsdag som är dag 4.

Lifecare

Vid in- och utskrivning från slutenvården sker informationsöverföring mellan slutenvården, länets kommuner och öppenvård elektroniskt via datasystemet Lifecare. Personer med pågående kommunala insatser eller nytillkomna behov av insatser ska skrivas in i Lifecare inom 24 timmar från det att behov upptäckts.

Behörighet i Lifecare

För att logga in i Lifecare behövs E-tjänstekort och personlig kod. E-tjänstekort och behörighet till Lifecare beställs av ansvarig chef. De parter som berörs av utskrivningsprocessen ska säkerställa att Lifecare bevakas minst **tre gånger** om dagen. I Lifecare har medarbetare olika behörighet:

Biståndsenheten/ Myndighetsavdelningen

Till Biståndsenheten/Myndighetsavdelningen har medarbetare på utredningsenheten vård och omsorg behörighet (t ex biståndshandläggare och utskrivningssamordnare). I uppdraget hanteras behovet av insatser enligt socialtjänstlagen.

Vård och omsorg

Till vård och omsorg har sjuksköterskor, arbetsterapeuter och omsorgsutförare behörighet. Vård och omsorg är uppdelat i flertalet avdelningarna som innefattar hemvård, hemsjukvård, vård och omsorgsboenden och dagverksamhet. I uppdraget hanteras behovet av insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen av arbetsterapeuter och sjuksköterskor.

³ För mer information se <http://www.visamregionorebro.se/>

In- och utskrivningsprocessen

På kommande sidor förklaras varje steg i in- och utskrivningsprocessen utifrån Lifecare. Lifecare är utformad utifrån Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och ViSams samverkansmodell för planering och informationsöverföring.

Samtycke

Samtycke gällande informationsöverföring mellan vårdgivare inhämtas av slutenvården i samband med sjukhusvistelse. I de fall vårdbegäran skickas av sjuksköterska i kommunen anges om samtycke finns. För att informationsöverföring ska kunna ske krävs att slutenvården och kommunen anger om den enskilde lämnat samtycke eller ta ställning till menprövning.

- Om den enskilde sagt nej till kommunen på frågan om informationsöverföring ska inget registreras i Lifecare av kommunens medarbetare.
- Om den enskilde säger nej när slutenvården frågar om informationsöverföring framkommer det i inskrivningsmeddelandet. Den enskilde finns på ineliggandelistan och när utskrivning sker kommer ett utskrivningsmeddelande till kommunen. Ingen information om det som sker under vårdtiden delges.
- Om den enskilde inte kan ge samtycke eller om det av någon anledning inte finns uppgifter om samtycke kan menprövning användas. Menprövning kräver att medarbetaren bedömt att den enskilde inte far illa av att information lämnas ut. Informationsöverföringen följer vid medprövning samma flöde som om samtycke aktivt lämnats och bör därför enbart användas undantagsvis.

Beslutsstöd vid försämrat hälsotillstånd

Beslutsstöd

Vid försämrat hälsotillstånd använder sjuksköterska beslutsstödet som stöd vid bedömning för att avgöra vilken vårdnivå som bäst kan tillgodose den enskildes behov. När den enskilde skickas in till slutenvården skapar sjuksköterskan ett beslutsstöd i Lifecare där vitalparametrar dokumenteras.

Vårdbegäran

När den enskilde har kommunala sjuksköterskeinsatser ska vårdbegäran skapas i Lifecare. I de fall den enskilde sökt vård inom slutenvården utan hjälp från kommunens sjuksköterska ska en vårdbegäran skapas i efterhand.

ADL-status⁴

I vårdbegäran bifogar sjuksköterskan en bilaga som anger ADL- status innan det försämrade hälsotillståndet.

Inskrivningsmeddelande

Slutenvården ska skicka ett inskrivningsmeddelande till kommunen inom 24 timmar från inskrivning eller från dess att slutenvården upptäckt att den enskilde har behov av insatser från kommun. När inskrivningsmeddelande kvitteras ska kommunen besvara frågor om pågående insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL). Kommunens svar är ett underlag för slutenvården att bedöma om den enskilde har förändrade behov vid utskrivning.

Inskrivningsmeddelande ska innehålla ett beräknat utskrivningsdatum. Detta datum är viktigt för att påbörja planering och förberedelser inför utskrivning i rätt tid utifrån den enskildes behov. (Se bild sidan 9).

Biståndsenheten/ Myndighetsavdelningen

Utskrivningsteamet kvitterar inskrivningsmeddelande och påbörjar planering för utskrivning.

Vård och omsorg

Arbetsterapeut eller sjuksköterska kvitterar inskrivningsmeddelande och påbörjar planering för utskrivning.

Planeringsunderlag

Slutenvård, öppenvård och kommun delger varandra information i samband med att inskrivningsmeddelande skickas och kvitteras. Informationen samlas i ett planeringsunderlag som visar vilket av Visam-modellens övergripande spår utskrivningsplaneringen ska följa. (Se sidan 8). I slutenvårdens svar ska det framgå den enskildes behov av kommunala insatser vid utskrivning.

Generellt meddelande

Generellt meddelande används mellan de parter som är involverade i in- och utskrivningsprocessen och kan gälla vistelsen inom slutenvården eller den SIP som skall ske efter utskrivning. Ansvaret för att kvittera och vid behov besvara generella meddelanden ska tydligt framgå i lokala metodstöd och rutiner.

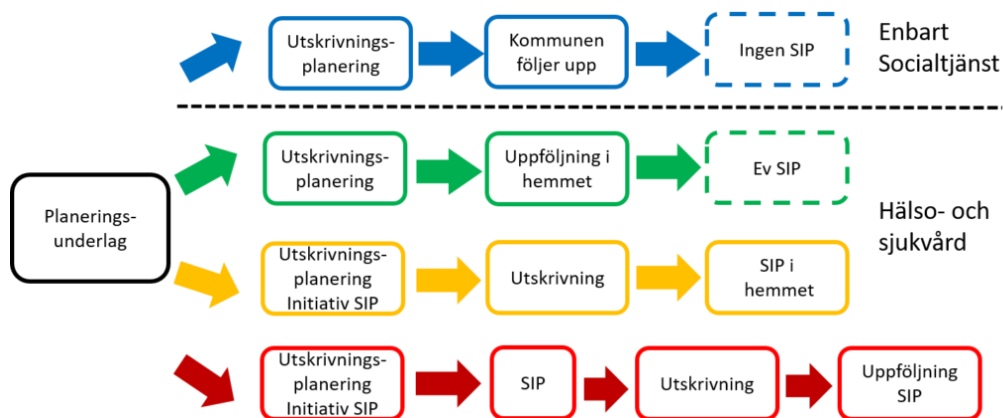
⁴ ADL är en förkortning av Aktiviteter i det Dagliga Livet och en ADL-bedömning beskriver och ger ett mått på en persons förmåga att klara av de grundläggande och vardagliga aktiviteterna i livet.

Bilagor

Generella meddelanden kan också innehålla bilagor för att komplettera den information som lämnas i vårdbegäran och planeringsunderlag. Bilagorna som används av kommunen är ADL-status, aktivitetsbedömning samt boendemiljö och hjälpmedel.

Utskrivning enligt ViSam-modellens spår

Utifrån ViSam-modellens spår, överrapporterade behov och uppdrag planerar och genomför berörda medarbetare sina rehabiliterande, medicinska och omvårdnadsinsatser enligt HSL och SoL.



Blått spår - den enskilde har enbart behov av insatser enligt SoL. När den enskilde har ett oförändrat behov av insatser tar avdelningen direktkontakt med utföraren vid hemgång. Då den enskilde har ett nytt eller utökat behov av insatser enligt SoL har utskrivningsteamet kontakt med den enskilde innan utskrivning och fattar beslut om insatser. Vid blått spår kallar inte öppenvården till en SIP eftersom den enskilde inte har några hälso- och sjukvårdsinsatser.

Grönt spår – den enskilde har ett oförändrat behov av både HSL- och SoL-insatser. Slutenvården tar i samband med utskrivning kontakt med kommunen enligt de kontaktuppgifter som lämnats i Lifecare. Öppenvården gör vid grönt spår en bedömning om det ska kallas till SIP efter sjukhusvistelsen eller inte.

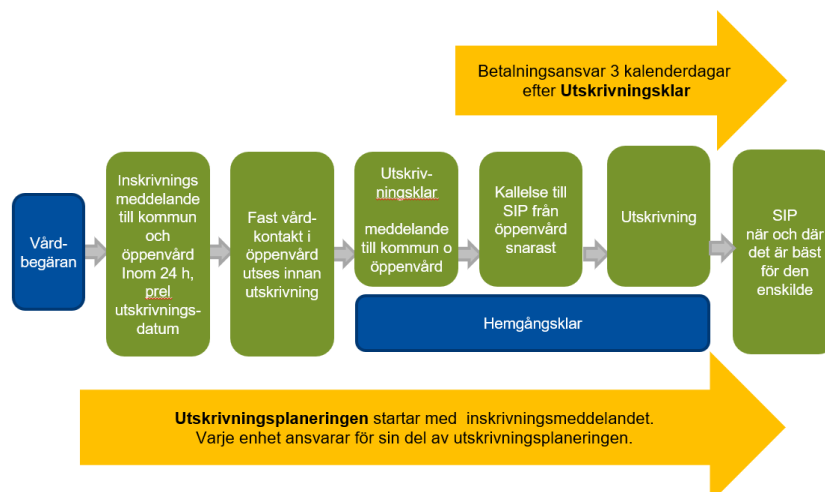
Gult spår – Den enskilde har ett nytt eller utökat behov av antingen både HSL och SoL-insatser eller bara HSL-insatser. Vid förändrade SoL-insatser har utskrivningsteamet kontakt med den enskilde innan utskrivning och fattar beslut om insatser. Förändrade HSL-insatser rapporteras från slutenvården till arbetsterapeut och sjuksköterska i hemsjukvården/vård- och omsorgsboendet. Öppenvården kallar till en SIP som genomförs efter utskrivning.

Rött spår – Den enskilde har behov av avancerade sjukvårds- eller rehabiliteringsinsatser och en plan för insatserna ska upprättas. Om det finns behov av utbildning av medarbetare ska en särskild plan för det tas fram. Planerna för insatserna upprättas i samband med SIP-mötet som vid rött spår sker på sjukhuset innan utskrivning. Arbetsterapeut och sjuksköterska från hemsjukvården/vård- och omsorgsboendet deltar på SIP-mötet på sjukhuset. Vid förändrade SoL-insatser har utskrivningsteamet kontakt med den enskilde innan utskrivning och fattar beslut om insatser. Vid rött spår inträder betalningsansvar först efter att planering och utbildning är genomförd.

Utskrivningsplanering

Enligt Lag (2017:612) om samverkan ska alla berörda parter påbörja utskrivningsplaneringen redan vid inskrivningen. Enligt överenskommelsen inom Region Örebro län gäller följande arbetssätt i in- och utskrivningsprocessen:

Planeringsprocessen med ny lag och länsöverenskommelse



Alla berörda parter följer den enskilde i Lifecare för att avgöra hur, när och vilka insatser som behövs för att en trygg och säker utskrivning ska kunna ske så snart personen kan lämna sjukhuset.

- Arbetsterapeut och sjuksköterska inom vård och omsorg ansvarar för att bedöma och planera insatser enligt HSL utifrån rapport från slutenvården.
- Utskrivningsteamet ansvarar för att bedöma och planera för nya eller utökade insatser enligt SoL och har vid behov kontakt med den enskilde via telefon, video eller möte på avdelningen. Detta sker för att den enskilde ska kunna ansöka om insatser enligt socialtjänstlagen i de fall det uppstått nya eller utökade behov.

- Hemvården och vård- och omsorgsboende ansvarar för att bevaka och planera inför den enskildes hemgång utifrån de insatser som ska utföras, det vill säga oförändrade, nya eller utökade behov som förmedlas enligt respektive spårfärg.

Utskrivningsklar

När läkare inom slutenvården bedömt att den enskilde är utskrivningsklar skickar slutenvården ett utskrivningsklarmeddelande till Biståndsenheten/Myndighetsavdelningen och Vård och omsorg i Lifecare.

Biståndsenheten/Myndighetsavdelningen

Utskrivningsteamet kvtterar utskrivningsklarmeddelandet om planeringsunderlaget är ifyllt och har vid behov kontakt med den enskilde.

Vård och omsorg

Arbetsterapeut eller sjuksköterska kvtterar utskrivningsklarmeddelandet om planeringsunderlaget är ifyllt och förbereder vid behov för hemkomst.

Hemgångsklar

I den överenskommelse som gjorts inom Region Örebro län⁵ fastställs att alla personer som är utskrivningsklara också ska vara hemgångsklara när de skrivs ut. Ansvaret att säkerställa att personen är hemgångsklar åligger slutenvården. Arbetet med detta ska påbörjas i samband med inskrivning och pågår tills den enskilde skrivs ut. Följande kriterier ska vara uppfyllda:

- Den behandlande läkaren har bedömt att den enskilde är utskrivningsklar
- Fast vårdkontakt har utsetts i öppenvården för personer med behov av fortsatt hälso- och sjukvård
- Den enskilde har fått information om vad som hänt under vårdtiden samt om information finns tillgänglig, fortsatt planering efter utskrivning
- Information har lämnats till nästa vårdgivare om vårdtillfället och fortsatt planering efter vårdtillfället
- De hjälpmedel och medicinteknisk utrustning som personen behöver för att kunna göra säkra förflyttningar inomhus samt toalettbesök finns tillgängliga. Slutenvården planerar för detta tillsammans med kommun och vårdcentral
- Säkerställa att den enskilde har tillgång till aktuella läkemedel för att undvika behandlingsavbrott.

⁵ Se sidan 4 i rutinen.

Patientinformation

I patientinformation sammanställs information från slutenvård, öppenvård och kommun om vad som hänt under vårdtiden och planen framöver vad gäller vård, omsorg och rehabilitering. Den enskilde får med sig patientinformationen vid utskrivning från slutenvården.

Biståndsenheten/Myndighetsavdelningen

Utskrivningsteamet ansvarar för att dokumentera vilka insatser som beviljats enligt SoL.

Vård och omsorg

Ansvarig sjuksköterska och arbetsterapeut ansvarar för att dokumentera vilka insatser som planerats utifrån HSL.

Utskrivningsmeddelande

Slutenvården skickar ett utskrivningsmeddelande till Biståndsenheten/Myndighetsavdelningen och Vård och omsorg när den enskilde lämnar slutenvården. När kommunen kvitterar utskrivningsmeddelandet godkänner de samtidigt processen.

Fram till dess att utskrivningsmeddelandet kvitteras finns möjlighet till dialog mellan vårdgivarna gällande utskrivningsprocessen för den enskilde. Om det uppstår frågetecken eller oklarheter tas en direktkontakt med den vårdanden avdelningen för att reda ut dessa. Vid vissa fall kan enhetschef på utredningsenheten vård och omsorg ta kontakt med ansvarig verksamhetschef inom hemsjukvården, hemvården eller vård- och omsorgsboende som i sin tur får hantera frågeställningar som uppkommit i samband med utskrivning. Verksamhetschef hanterar och informerar enhetschef på utredningsenheten vård och omsorg om beslut.

Biståndsenheten/Myndighetsavdelningen

Utskrivningsteamet kvitterar utskrivningsmeddelandet förutsatt att processen är korrekt.

Vård och omsorg

Arbetsterapeut eller sjuksköterska kvitterar utskrivningsmeddelandet förutsatt att processen är korrekt. Vid vissa fall **ska** arbetsterapeut, sjuksköterska eller ansvarig enhetschef inom vård – och omsorg ta kontakt med ansvarig verksamhetschef inom hemsjukvården, hemvården eller vård- och omsorgsboende som har mandat att hantera frågeställningar som uppkommit i samband med utskrivning. Verksamhetschef hanterar och informerar enhetschef på utredningsenheten vård och omsorg om beslut.

Samordnad individuell plan, SIP

Kallelse till SIP

När den enskilde skrivs ut från sjukhuset enligt **gult** eller **rött** spår ska öppenvården erbjuda den enskilde SIP (oftast genom vårdsamordnare på vårdcentralen). Om den enskilde tackar ja ska öppenvården skicka en kallelse inom **tre dagar** från det att den enskilde är utskrivningsklar. Kallade deltagare ska besvara kallelsen inom **en vecka** och SIP ska genomföras inom **fyra veckor**.

Kallelsen skickas i Lifecare till Biståndsenheten/Myndighetsavdelningen och Vård och omsorg.

Biståndsenheten/ Myndighetsavdelningen

Ansvarig kvitterar kallelsen och skickar meddelande i Treserva med information om SIP till de som utför SoL-insatser. Kontakt tas med dessa samt sjuksköterska och/eller arbetsterapeut för att komma överens om vem/vilka som ska delta. Om möjligt genomförs SIP samtidigt som uppföljning av biståndsbeslutet.

Vård och omsorg

Ansvarig kvitterar kallelsen och skickar meddelande i Treserva med information om SIP till arbetsterapeut eller sjuksköterska. Kontakt tas med biståndshandläggare för att komma överens om vem/vilka som ska delta. Om personen bor på Vård och omsorgsboende informeras även enhetschefen på boendet om SIP-mötet.

När man kommit överens om vem/vilka som ska delta på SIP-mötet återkopplas det till kallande vårdcentral. Från kommunen medverkar yrkeskategorier utifrån personens behov men hänsyn bör tas till den enskilde så att det inte blir för många deltagare. Det får heller inte bli så att ingen deltar från kommunen.

SIP-mötet

Under mötet fastställs den enskildes behov och vem som gör vad av vård-, rehabiliterings- omsorgs- och stödinsatser. Detta formuleras i planen genom huvudmål, delmål och insatser. På mötet används mötescirkeln⁶ dagordning. Det är vårdcentral/öppenvård som är ordförande på mötet och som dokumenterar i Lifecare. På SIP-mötet planeras också för uppföljning och vem som ansvarar för den.

⁶ <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/sip/sip-mote/motescirkel/skriv-ut-egna-motescirklar/>