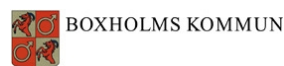


Samordnad vård- och omsorgsplanering i öppen vård och slutenvård



Läsanvisning

Riktlinjen är ett övergripande styrdokument med länkar till gällande rutiner för aktuella sakområden.

För att göra det lätt för berörda medarbetare att tillgodogöra sig riktlinjens innehåll har vägledande principer samlats i kapitel 2.

För att tydliggöra planeringsbehov finns processkartor i kapitel 3. Där beskrivs aktiviteterna i förloppet steg för steg, med den information du som medarbetare behöver för att genomföra dessa.

Flera olika begrepp kan användas för att benämna personen som behöver samordnade insatser; patient, brukare, individ, den enskilde, personen. Här används ordet *person*.

I slutet av dokumentet refereras gällande lagstiftningar.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	4
1.1	Syfte	4
1.2	Mål	4
2	Vägledande principer.....	5
2.1	Samtycke till utlämnade av vårddata, sammanhållen journalföring och samordnad individuell planering	5
2.2	Information till person med behov av insatser.....	5
2.3	Proaktivt arbetssätt	5
2.4	SIP, samordnad individuell plan	6
2.5	Individuella planer som grund för samordnad individuell plan.....	6
2.6	Kommunikation - samverkan över organisationsgränser	7
2.7	Inmeddelande.....	7
2.8	Inskrivningsmeddelande.....	7
2.9	Fast vårdkontakt i öppen vård	8
2.10	Socialtjänst/biståndsprövning.....	8
2.11	Omvårdnad.....	9
2.12	Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel.....	9
2.13	Läkaransvar	9
2.14	Kallelse till samordnad individuell planering.....	10
2.15	Kommunens övertagande av ansvar och förutsättningar för det.....	10
2.16	Läkemedel.....	10
2.17	Utskrivningsklar	12
2.18	Utskrivningsplan	12
2.19	Utskrivningsmeddelande.....	12
2.20	Enstaka tillfälliga åtgärder.....	12
2.21	Egenvård	13
2.22	Överenskommelse om betalningsansvar.....	13
3	Samordnad individuell planering i öppen vård och/eller slutna vård.....	14
3.1	Samordningsbehov, vägledning för bedömning	15
4	Referenser till aktuell lagstiftning	18

1 Inledning

Riktlinjen gäller för Region Östergötland och länets 13 kommuner, för både öppen vård och slutenvård. I riktlinjen konkretiseras den politiska överenskommelse som har tecknats mellan parterna gällande samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård.

Alla personer som har behov av samordnade insatser från region och kommun, inklusive privata utförare, har rätt till samordnad individuell planering. Att personen har gett sitt samtycke är alltid en förutsättning. Rättigheten är oberoende av boendeform. Utifrån personens behov kan fler samarbetsparter behöva delta i planeringen, det kan t ex vara skola, Försäkringskassa eller Arbetsförmedling.

Kvaliteten i den samordnade individuella planeringen är beroende av att andra individuella planer, som t ex vårdplan och rehabiliteringsplan redan är upprättade. Genom den samordnade individuella planeringen skapas förutsättningar för proaktivt arbete och tydlig ansvarsfördelning.

Planering ska alltid ske med ett personcentrerat arbetssätt, där personens kunskap om sin egen situation och sjukdomsbild sammanförs med vård- och omsorgspersonals professionella kunskap. På så sätt skapas en ömsesidig bild och tillit. Utgångspunkten för all vård och behandling ska vara ett väl utvecklat samarbete med personen själv och, i förekommande fall, dennes närstående.

Planeringsprocessen i samband med slutenvård konkretiseras i filmen [Annas väg genom vårdkedjan](#).

Förbättringsförslag och avsteg från riktlinjen ska rapporteras enligt fastställd avvikelserutin.

1.1 Syfte

Syftet med den samordnade individuella planeringen är att genom ett patientsäkert och proaktivt arbete ge personcentrerade och samordnade insatser på rätt vårdnivå. Genom en stark vårdkedja som har korta ledtider och god kvalitet förebyggs undvikbar slutenvård.

Den samordnade individuella planeringen ska klargöra vilka insatser personen behöver, vilka insatser respektive huvudman har ansvar för samt vem som ska samordna insatserna.

1.2 Mål

Personen ska erbjudas personcentrerade, samordnade insatser i rätt tid och på rätt vård- och omsorgsnivå, där organisatoriska gränser inte påverkar dennes upplevelse av trygghet och säkerhet.

2 Vägledande principer

Kapitel 2 lyfter fram vägledande principer som berörda medarbetare behöver vara förtrogna med.

2.1 Samtycke till utlämnade av vårddata, sammanhållen journalföring och samordnad individuell planering

All informationsöverföring förutsätter att personen har gett sitt samtycke. Förfrågan om samtycke ska alltid ske och dokumenteras enligt länsgemensam [rutin](#).

2.2 Information till person med behov av insatser

Personen har rätt till information om sitt hälsotillstånd, fast vårdkontakt, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning, vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård, det förväntade vård- och behandlingsförloppet, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar, eftervård och metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Vid utskrivning från slutna vård ska aktuell avdelning ge personen muntlig och skriftlig information inför hemgång. Personen ska alltid, utifrån sina individuella behov, få information om vart denne kan vända sig vid frågor. Det behöver inte vara till den fasta vårdkontakten. En utskrivningsplan upprättas i Cosmic Link för att säkerställa att personen får skriftlig information om vad som är planerat den närmaste tiden efter utskrivning.

2.3 Proaktivt arbetsätt

Alla verksamheter bör arbeta för att stärka ett hälsofrämjande och proaktivt arbetsätt. Proaktivt arbete krävs för att kunna erbjuda samordnade insatser i rätt tid och på rätt vård- och omsorgsnivå, där organisatoriska gränser inte påverkar personens upplevelse av trygghet och säkerhet.

Ett proaktivt arbete innebär att identifiera risker, analysera orsaker, planera och genomföra åtgärder och utvärdera resultat. Genom en tydlig dokumentation av riskbedömning, åtgärder och utvärdering kan övergångar mellan vårdgivare säkras och dubbelarbete förhindras.

Konkreta exempel på situationer där proaktivt arbetsätt gör stor nytta är inför utskrivning från sjukhus och vid upprättande av SIP i primärvård eller annan öppen vård. Utskrivande klinik analyserar till exempel behov hos en person med hjärtsvikt och ger förslag på hur en försämringsperiod ska hanteras i framtiden:

- Vad visar genomförda riskbedömningar?
- Vad kan göras hemma, i primärvården/öppen vård respektive på sjukhus?
- Vad är personens egen inställning till behandling och hur klarar personen att själv uppmärksamma försämring och ta ansvar för sin behandling?
- Finns det behandling som kan läggas till framöver eller är ytterligare möjligheter uttömda?
- Rekommendationer för uppföljning? Vilken klinik och läkare har patientansvar?

Ovanstående dokumenteras bäst i vårdplansmall och ger en bra grund för en uppdaterad vårdplan, från primärvård eller annan öppen vård, när detta behövs. I primärvården görs vårdplan främst när en personens hälsotillstånd identifieras som skört eller om personen är mångsökare. Samma frågeställningar som ovan vägleder.

De viktigaste frågeställningarna är mål med behandlingen och lämpliga åtgärder i samband med försämringar, utifrån personens behov och förutsättningar. Ur perspektiven medicinskt, omvårdnadsmässigt och rehabiliterande, ska de aktuella insatserna samordnas i en samordnad individuell plan (SIP). SIP är en viktig del av det proaktiva arbete.

2.4 SIP, samordnad individuell plan

SIP är en förkortning för samordnad individuell plan och ska alltid upprättas när behov av samordnade insatser finns. En person kan bara ha en SIP oberoende av om personen befinner sig i öppen eller sluten vård. SIP dokumenteras i Cosmic Link.

Vid den samordnade individuella planeringen ska enheterna upprätta en individuell plan. Det regleras i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen (2001:453) samt i 4 kap. 2§ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Planen får upprättas om personen samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Om personen tackar nej till SIP är parterna ändå alltid skyldiga att planera sina respektive insatser, på varsitt håll.

Möten för samordnad individuell planering kan ske på olika sätt, utifrån personens aktuella behov och praktiska förutsättningar. Huvudregeln är att möten sker i hemmet eller på öppenvårdsmottagning.

Aktuella mötesformer är:

- Videomöte
- Fysiskt möte (hemma hos personen eller i någon av verksamheternas lokaler)
- Telefonmöte

2.5 Individuella planer som grund för samordnad individuell plan

Personen kan behöva olika individuella planer som upprättas av olika professioner, i samverkan eller var för sig. Dessa planer utgör grunden för den samordnade individuella planen.

De planer som kan vara aktuella är:

- [Vårdplan](#) (se även riktlinjen [Vårdplan – arbetssätt och dokumentation för Region Östergötland](#))
- [Rehabiliteringsplan](#)
- [Habiliteringsplan](#)
- [Genomförandeplan](#)
- Egenvårdbedömning
- Omvårdnadsplanering
- Utskrivningsplan

En utskrivningsplan beskriver insatser för att säkerställa första tiden efter slutenvårdsvistelsen.

2.6 Kommunikation - samverkan över organisationsgränser

Alla parter har ett gemensamt ansvar för att aktivt efterfråga och delge information. Genom att utse funktioner som är lätta för samarbetsparter att nå skapas förutsättningar för det ömsesidiga ansvarstagandet.

Tydlig kommunikation är en förutsättning för att planera och erbjuda samordnade insatser i rätt tid och på rätt vård- och omsorgsnivå, där organisatoriska gränser inte påverkar dennes upplevelse av trygghet och säkerhet. All planering under vårdtid ska kommuniceras i Cosmic Link via generella meddelanden med fastställda ämnesrubriker.

All skriftlig kommunikation ska ske på svenska och enligt gemensam manual. Fackspråk och förkortningar ska undvikas. Dokumentation ska vara tydlig och lätt att förstå och bara innehålla allmänt vedertagna förkortningar. Kommunikationsverktyget SBAR rekommenderas vid muntlig kommunikation – situation, bakgrund, aktuellt tillstånd, rekommendation.

Oavsett vårdform är videomöte en viktig kanal för kontinuerlig ömsesidig kommunikation mellan parterna. Videomöte ger förutsättningar för tydlig kommunikation, eftersom synintryck kombineras med tal och vid behov skriftlig informationsöverföring. Dokumentation sker i respektive parts verksamhetssystem.

2.7 Inmeddelande

I Cosmic Link används generellt meddelande med ämnesrubrik; Inmeddelande till akuten.

Inmeddelande används när personen, efter bedömning av kommunens hemsjukvård i ordinärt- eller särskilt boende, skickas till akutmottagning. Regionens öppna vård kan använda meddelandet för att komplettera uppgifter som inte framkommit i t ex remiss till akuten. I inmeddelandet ska kommunen tydliggöra kontaktuppgifter som är viktiga för den fortsatta kommunikationen mellan de olika parterna.

Den vårdinformation som förmedlas i meddelandet ska dokumenteras i respektive journalsystem.

2.8 Inskrivningsmeddelande

Sluten vård ansvarar för att skicka inskrivningsmeddelande till berörda parter inom 24 timmar från inskrivning, eller så fort behov av samordning identifieras. Inskrivningsmeddelande ska även skickas om annan part/enhet behöver påbörja planering utan att samordning krävs. När inskrivningsmeddelande skickas ska alla berörda parter påbörja planering inför utskrivning. Planering pågår sedan kontinuerligt under hela vårdtiden. Alla parter måste ta gemensamt ansvar för att trygg hemgång säkerställs genom aktiv, ömsesidig kommunikation, att både delge och efterfråga information.

För att rätt parter ska ta emot inskrivningsmeddelandet ska sändande part ta ställning till personens medicinska och omvårdnadsmässiga behov, samt dennes aktivitets-/funktionsförmåga. Om insatser bedöms behövas från den kommunalt finansierade hälso-

och sjukvården, ska inskrivningsmeddelande även skickas till den regionfinansierade öppna vården.

Om personens omvårdnadsbehov, medicinska behov eller aktivitets-/funktionsförmåga förändras under vårdtiden ska information om det överföras till mottagande part. Detta för att ge mottagande part förutsättningar att planera för en god och säker vård.

Inskrivningsmeddelandet ska innehålla personuppgifter, inläggningsorsak och uppgifter om beräknad utskrivningsdag. Inskrivningsmeddelandet behöver inte innehålla uppgifter om bedömt planeringsspår. Personens samtycke är en förutsättning för uppgifter om inläggningsorsak. Om samtycke saknas ska inläggningsorsak inte anges.

2.9 Fast vårdkontakt i öppen vård

Fast vårdkontakt ska skyndsamt utses i öppen vård när inskrivningsmeddelande från slutenvård har mottagits. När fast vårdkontakt är utsedd ska detta meddelas slutenvården utan dröjsmål samt dokumenteras i patientkortet i Cosmic Link.

Det är alltid den fasta vårdkontakten i öppen vård som ansvarar för att kalla berörda parter till samordnad individuell planering. I de flesta fall ligger ansvaret hos primärvården, men den fasta vårdkontakten kan också finnas på en specialistmottagning eller specialiserad hemsjukvård (LAH). Det är alltid personens behov som avgör vilken fast vårdkontakt som ska ta ansvar för samordningen.

Om slutenvårdsklinik inte vet vilken av flera fasta vårdkontakter som bäst kan samordna blir det aktuella vårdtillfället styrande. Specialistmottagning kopplad till aktuell klinik tar samordningsansvar och behåller det tills annat har överenskommit. Det är alltid personens behovsbild som styr i vilken organisation den fasta vårdkontakten med samordningsansvar ska finnas. Dialog med personen är en viktig del av analysen. Verksamhetschef i öppen vård ansvarar för att det finns tillgång till fast vårdkontakt inom dennes verksamhet.

Fast vårdkontakt ska skicka kallelse till samordnad individuell planering senast 24 timmar efter att slutenvården har underrättat om att personen är utskrivningsklar. Alla kallade aktörer är skyldiga att medverka när annan part kallar till samordnad individuell planering.

Den fasta vårdkontakten ansvarar för att medarbetare finns hemma hos personen när samordnad individuell planering genomförs i hemmet. Vilken/vilka parter som ska delta i hemmet styrs av personens behov, befintliga kontakter ska alltid beaktas.

I Cosmic Link påbörjar fast vårdkontakt dokumentationen i SIP-mallen och ansvarar för att skriva de aktuella "allmänna" uppgifterna. Därefter skriver och signerar övriga parter sina respektive delar. Till sist ansvarar fast vårdkontakt för att godkänna SIP och lämna den till personen.

Bestämmelser om fast vårdkontakt tydliggörs i [riktlinje](#).

För mer information om kallelse, se avsnitt 14 nedan.

2.10 Socialtjänst/biståndsprövning

Biståndshandläggare har en viktig roll i samordnad individuell planering och ansvarar för att informera om och ta emot ansökningar om socialtjänstens insatser.

Handläggaren behöver ha tidig kontakt med personen för att utreda behov och besluta om insatser inför utskrivning. Mötesform avgörs av personens behov. Andra professioner kan behöva delta vid dessa möten, för samplanering av insatser.

Personen ska själv ta kontakt med biståndshandläggare för att ansöka om insatser. Om personen inte själv kan ta kontakten kan sluten vård, öppen vård eller personens närstående anmäla ett behov till biståndshandläggare som i sin tur tar kontakt med personen.

2.11 Omvårdnad

Alla yrkesgrupper har ansvar för att tillgodose personens behov av allmän omvårdnad. Sjuksköterskor ansvarar för specifik omvårdnad och har det yttersta omvårdnadsansvaret.

God omvårdnad ger personen förutsättningar att förbättra, behålla eller återfå hälsa samt att stärka personens egen förmåga att hantera sin hälsosituation och uppnå bästa möjliga livskvalitet.

Omvårdnadsplanering blir särskilt viktig för personer med komplexa behov och för personer vid livets slut, för att möjliggöra ett fridfullt och värdigt avslut av livet.

2.12 Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

En arbetsterapeutisk/fysioterapeutisk bedömning av personens aktivitets-/ funktionsförmåga ligger till grund för planering, genomförande och uppföljning av insatser. Hjälpmedel ska ses som en integrerad del av processen och förskrivs enligt [läns-gemensamt regelverk](#). Vid behov ska habiliteringsplan/rehabiliteringsplan upprättas, vilket ska ske i samverkan med personen.

Vid utskrivning från sjukhus ska hjälpmedel för att klara primära behov inomhus i en vecka säkerställas av aktuell slutenvårdsenhet. Med primära hjälpmedelsbehov avses hjälpmedel för att klara toalettbesök och förflyttning. När aktuellt hjälpmedelsbehov innefattar grundutrustning/arbetstekniska hjälpmedel ska det ingå i planeringen och överrapporteras till mottagande part.

Så länge behov av rehabilitering/habilitering föreligger ska överrapportering ske till arbetsterapeut/fysioterapeut hos mottagande part. Ansvaret för fortsatta insatser och uppföljning övertas efter överrapportering.

Det sammantagna hjälpmedelsbehovet kan bara bedömas i hemmet, därför kan ytterligare bedömning av behov av personliga hjälpmedel behövas efter hemgång. Efter överrapportering övergår ansvaret för uppföljning av personligt förskrivna hjälpmedel till den kommunala hemsjukvårdens rehabiliteringsverksamhet alternativt till Region Östergötlands specialiserade rehabilitering i hemmet, primärvårdsansluten hemsjukvård (PAH) eller specialiserad hemsjukvård/LAH.

2.13 Läkaransvar

Tydligt läkaransvar har avgörande betydelse för hela planeringsprocessen, i både öppen vård och sluten vård. Det är i många fall en förutsättning för patientsäkerhet och för att kommunen ska få rätt förutsättningar att kunna ta sitt ansvar.

När behov av kommunal hälso- och sjukvård föreligger ska kommunens behov av läkarkontakt, eller kontakt via t ex vårdsamordnare alltid beaktas, oavsett vilken boendeform personen har. I de fall läkar- till läkarkontakt behöver etableras inom tre dagar används vård- till vårdtelefon.

Läkaransvar i sluten vård

I sluten vård styr den behandlande läkarens bedömning hur inskrivningsmeddelande adresseras, så att rätt aktörer kan starta sin planering. Det är också den behandlande läkaren som avgör när personen är utskrivningsklar. Om personen har behov av fortsatt läkarkontakt eller har beviljats korttidsplats efter sluten vård ska läkare- till läkarekontakt etableras.

2.14 Kallelse till samordnad individuell planering

Samordnad individuell planering kan genomföras både i öppen vård och sluten vård, det är alltid personens behov som avgör.

I samband med ett slutenvårdstillfälle är det alltid den fasta vårdkontakten i öppen vård som ska skicka kallelse till samordnad individuell planering. Kallelsen ska skickas senast 24 timmar efter underrättelse om att personen är utskrivningsklar. Kallelse ska alltid föregås av en bedömning om nivå av samordningsbehov, utifrån personens behov, så att rätt tidpunkt för genomförande av samordnad individuell planering bestäms. Som vägledning för bedömning finns fyra spår, vilka beskrivs närmare i kapitel 3. Kallelse skickas via Cosmic Link.

Om personen vistas på korttidsplats efter slutenvård ska detta beaktas när tidpunkt för samordnad individuell planering fastställs. Personens behov är alltid styrande, överväg därför att genomföra den samordnade individuella planeringen inför hemgång från korttidsvistelse, oavsett boendeform.

Alla parter har skyldighet att delta när annan part kallar till samordnad individuell planering. Personens behov avgör alltid vilka parter som behöver medverka. Distansmöte kan aktualiseras efter bedömning i varje enskilt fall.

2.15 Kommunens övertagande av ansvar och förutsättningar för det

När det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret aktualiseras ska alltid behov av insatser inom regionens ansvarsområden analyseras. Det kan handla om läkaransvar, men också om andra professioners åtaganden, som en förutsättning för det kommunala övertagandet av ansvar.

För att kommunen ska överta ansvar efter sluten vård krävs att den regionfinansierade öppna vården säkerställer tillgång till insatser inom sitt ansvarsområde.

2.16 Läkemedel

All läkemedelsbehandling utgår från personens specifika behov. Höga kvalitetskrav på informationsöverföring gäller, vilket tydliggörs i [länsgemensam riktlinje](#).

2.17 Utskrivningsklar

Läkare bedömer när en person är utskrivningsklar, det vill säga när personen inte längre är i behov av slutna vård. Läkarens bedömning ska inkludera andra professioners bedömningar, men läkaren bär det yttersta ansvaret.

Den slutna vården ska beakta och dokumentera personens behov av medicinska, rehabiliterande och omvårdnadsmissiga insatser innan en person kan bedömas vara utskrivningsklar. Personen ska kunna lämna slutna vård samma dag den är utskrivningsklar. Det innebär att enhetens egen planering då ska vara klar.

När en person bedöms vara utskrivningsklar, ska den slutna vården så snart som möjligt underrätta berörda parter om detta, om inte sekretess eller tystnadsplikt hindrar. En underrättelse i enlighet med 7 a § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård motsvarar en underrättelse enligt ovan.

Meddelande om utskrivningsklar ska skickas i alla planeringsspår, inklusive grönt spår. Underrättelse om utskrivningsklar är en förutsättning för att betalningsansvar ska kunna aktualiseras.

Om personen har fått ett beslut om korttidsplats efter slutna vård måste vårdcentralen där personen är listad meddela den vårdcentral som ansvarar för aktuellt korttidsboende, så att den vårdcentralen ges förutsättningar att ta sitt ansvar.

Ett återtagande av utskrivningsklar ska göras om läkare bedömer att personen inte längre är utskrivningsklar, den behandlande läkaren dokumenterar detta i patientjournalen och meddelar berörda parter. Ett nytt preliminärt utskrivningsdatum ska meddelas berörda parter och planeringsarbete under vårdtid fortsätter. När personen åter bedöms som utskrivningsklar underrättas berörda parter om detta.

2.18 Utskrivningsplan

Utskrivningsplan är till för personen och påbörjas under vårdtiden och slutförs senast samma dag som personen är utskrivningsklar. Alla utförare skriver sin del om vad som ska säkerställas inför personens hemgång. Utskrivningsplanen lämnas till personen vid utskrivning.

2.19 Utskrivningsmeddelande

I Cosmic Link används generellt meddelande med ämnesrubrik; Utskrivningsmeddelande.

Den slutna vården skickar utskrivningsmeddelande till övriga parter samma dag som personen lämnar sjukhuset.

2.20 Enstaka tillfälliga åtgärder

Vid enstaka tillfälliga åtgärder som t ex suturtagning ska [läns-gemensam rutin](#) följas.

2.21 Egenvård

Egenvård innebär att en behandlande legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården har bedömt att en person själv, eller med hjälp av någon annan, kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd som egenvård. Socialstyrelsens [meddelandeblad](#) och den [länsgemensamma överenskommelsen](#) är vägledande.

2.22 Överenskommelse om betalningsansvar

Vid utskrivning från sjukhus är målsättningen att planeringsprocessen ska fungera så bra att betalningsansvar inte aktualiseras. Processen ska stödja att genomsnittligt antal dagar i slutna vård, efter utskrivningsklar, inte överskrider tre kalenderdagar.

Beräkning av betalningsansvar regleras av politisk överenskommelse och sker utifrån fastställd standardmall. (Arbete med att ta fram standardmall pågår, så snart det är klart läggs en länk här.)

Betalningsansvar inträder 3 dagar efter att meddelande om utskrivningsklar har skickats. Meddelandet måste skickas före kl 12 för att den dag/samma dag meddelandet skickades ska räknas som dag 1. Om meddelande skickas efter kl 12 blir nästkommande dag den första av de tre dagar som räknas. Alla veckodagar ska ingå i beräkningen, inga röda dagar eller helgdagar kan räknas bort.

3 Samordnad individuell planering i öppen vård och/eller sluten vård

Kapitlet 3 tydliggör hur samordnad individuell planering genomförs.

För att tydliggöra planeringsbehov, ansvar och roller finns processkartor. Här beskrivs aktiviteterna i förloppet steg för steg, med den information medarbetare behöver för att genomföra dessa:

<http://lioappli.regionostergotland.se/processer/samordnad/>

Planeringsarbetet ska som huvudregel organiseras så att samordnad individuell planering kan ske i hemmet eller på öppenvårdsmottagning. Undantag ska göras när personen har komplexa behov, då ska planering ske på sjukhus.

För att utskrivning från sjukhus ska bli trygg och patientsäker krävs att alla parter tar ett aktivt ansvar för ömsesidig kommunikation, att både delge och efterfråga information, efter samtycke från personen. Parterna ansvarar även för att kommunikation sker internt, mellan enheter i den egna organisationen.

Om personens omvårdnadsbehov, medicinska behov eller aktivitets-/funktionsförmåga förändras under vårdtiden ska information om det överföras till mottagande part. Detta för att ge mottagande part förutsättningar att planera för en god och säker vård.

Innan personen lämnar sjukhus ska sluten vård säkerställa att personen har fått skriftlig och muntlig information om kontaktvägar vid frågor eller förändring av behov.

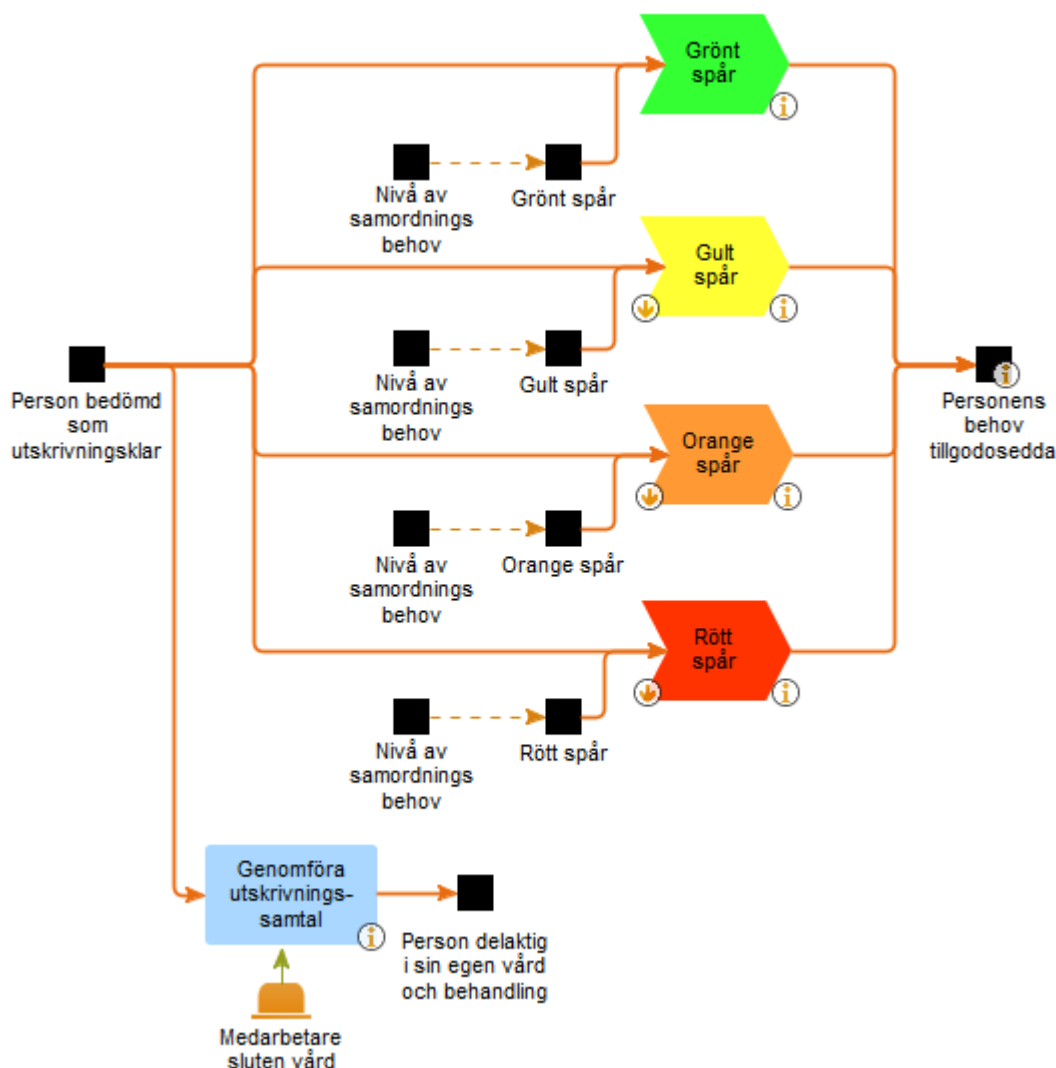
Sluten vård ansvarar också för att alla parter som har mottagit inskrivningsmeddelande erhåller nödvändig information för personens fortsatta behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst, inklusive hur den kommunala enheten ska agera om personens hälso- tillstånd förändras efter hemgång.

Vilka komplexa behov som kräver planering på sjukhus tydliggörs nedan.

Detta dokument har tagits fram i samverkan, Region Östergötland och de 13 kommunerna i Östergötland.

3.1 Samordningsbehov, vägledning för bedömning

Som vägledning för bedömning av personens behov finns fyra planeringsspår. Dessa tydliggör behovsbild och differentieringskrav för planering efter sluten vård.



Bedömning av vilket planeringsspår som är aktuellt för varje person ska ske i samråd mellan parterna. Oavsett vilket planeringsspår som är aktuellt ska alla berörda parter aktivt söka och delge varandra information, från och med inskrivningsmeddelande och under hela planeringsprocessen. Dialog med personen är en förutsättning för att göra rätt bedömning av samordningsbehov. Kommunikation mellan parterna sker i enlighet med gällande rutin.

Förberedelser krävs alltid inför hemgång. Oavsett samordningsbehov behöver medicinska-, omvårdnads- och sociala- samt rehabiliterande insatser och hjälpmedel säkerställas innan personen lämnar sjukhuset.

Öppen vård ansvarar för planering under vårdtid och har tillsammans med kommun ansvar för att personen kan lämna sjukhus när den är utskrivningsklar.

Alla parter har skyldighet att medverka när annan part kallar till samordnad individuell planering.

Grönt spår

Grönt spår gäller person med *behov av insatser som inte behöver samordnas*, samordnad individuell planering är därför inte aktuellt. Annan enhet eller part kan samtidigt behöva påbörja planering av insatser, även om samordning inte krävs. Därför är det viktigt att skicka inskrivningsmeddelande.

Grönt spår gäller också om personen avböjer SIP. Om personen tackar nej till SIP är parterna ändå alltid skyldiga att planera sina respektive insatser, på varsitt håll.

Även när samordning inte krävs är det viktigt att biståndshandläggare bedömer behov av uppföljning efter hemkomst.

Gult spår

Gult spår säkerställer en trygg och säker utskrivning för person med behov av samordnade insatser efter utskrivning från slutenvård, oavsett boendeform. *Insatser behöver inte påbörjas samma dag som utskrivning sker*. Samordnad individuell planering genomförs efter utskrivning och den fasta vårdkontakten i öppen vård skickar kallelse till berörda parter senast 24 timmar efter underrättelse om att personen är utskrivningsklar.

Samordnad individuell planering genomförs tidigast en (1) dag efter utskrivning från sjukhus, men kan också ske senare. Tidpunkt anges i kallelse och avgörs av personens individuella behov. Det innebär att insatser kan komma att initieras utan att samordning mellan dessa har säkerställts genom SIP. När insatser genomförs innan gemensam planering har genomförts ställer det särskilda krav på kommunikation mellan alla parter, inklusive personen som behöver insatserna. Tydliga kontaktvägar blir särskilt viktigt och ska tydliggöras i utskrivningsmeddelandet.

Orange spår

Orange spår säkerställer en trygg och patientsäker utskrivning för personer med behov av *samordnade insatser som måste påbörjas samma dag* som utskrivning sker från slutenvård, oavsett boendeform.

Planeringsmöten under vårdtiden ska säkerställa trygg och säker vård och omsorg efter utskrivning och fram till mötet för samordnad individuell planering i hemmet, eller på öppenvårdsmottagning. Läkare- till läkarkontakt, via vård- till vårdtelefon, krävs tidigt i planeringsprocessen, innan samordnad individuell planering kan genomföras.

Om behov av kommunal hälso- och sjukvård föreligger ska de innan hemgång informeras om namngiven ansvarig vårdssamordnare i öppen vård, oavsett boendeform.

Samordnad individuell planering kan behövas samma dag som utskrivning från sjukhus, men kan också ske senare. Tidpunkt avgörs av personens behov och anges i kallelsen som skickas av den fasta vårdkontakten i öppen vård. Kallelsen skickas senast 24 timmar efter att meddelande om utskrivningsklar har skickats. Det innebär att insatser kan komma att påbörjas utan att samordning har säkerställts. Vid tveksamhet om samordningsbehov ska

samordnad individuell planering tidigareläggas, vilket kan leda till att en persons planering därmed byter spår, till exempel från orange till rött.

När insatser genomförs innan gemensam planering har genomförts ställer det särskilda krav på kommunikation mellan alla parter, inklusive personen som behöver insatserna. Tydliga kontaktvägar blir särskilt viktigt och ska tydliggöras i utskrivningsmeddelandet.

Rött spår

Rött spår säkerställer insatser som ger trygghet och patientsäker utskrivning för person med *komplexa vård- och/eller omsorgsbehov, oavsett boendeform*. Vid komplexitet krävs noggranna förberedelser som kan innefatta ett eller flera planeringsmöten, mellan berörda parter och vardera part för sig.

Komplexiteten kan ligga i ett eller flera somatiska behov, och/eller psykiatriska behov samt ibland i kombination med sociala aspekter.

Personens behovsbild ställer höga krav på kontinuitet och god vård- och omsorg, många gånger från ett multiprofessionellt team med särskild kompetens. Utbildning för medarbetare kan därför behövas, innan personen kan lämna sjukhus. I vissa fall måste också utbildning säkerställas för personen och dennes närstående.

Tydligt läkaransvar är särskilt viktigt för personer med komplex behovsbild. Tidigt i planeringsprocessen krävs läkar- till läkarkontakt, via vård- till vårdtelefon. Det är också extra viktigt att behov av hjälpmedel och medicinteknisk utrustning tidigt identifieras och säkerställs inför hemgång.

När parternas egen planering är klar genomförs samordnad individuell planering på sjukhus, innan utskrivning från den slutna vården. Öppen vård kallar och deltar.

Personen ska kunna lämna sjukhus samma dag som den är utskrivningsklar, om ovanstående är säkerställt.

4 Referenser till aktuell lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Lag (2017:16) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612

Socialtjänstlagen (2001:453)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387

Patientlag (2014:821)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Patientdatalag (2008:355)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

Personuppgiftslag (1998:204)

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204

Patientsäkerhetslag (2010:659)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400

Smittskyddslag (2004:168) https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/smittskyddslag-2004168_sfs-2004-168

SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen.

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-6-38>

SOSFS 2008:1(M) Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-10-1>

HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2016-40>