

## Riktlinje för samordnad vårdplanering vid in- och utskrivning från sjukhus inom Region Halland med stöd av Meddix

*Denna riktlinje är gemensamt framtagen av representanter från Region Halland och kommunerna i Halland. Beslutad på Taktisk grupp 2015-01-13 och på Strategisk nivå 2015-02-06*

## Innehåll

Överenskommelse för samordnad vårdplanering (SVP) inför utskrivning från sjukhus - varför? för vem, var och hur?.....	3
Målgrupp och genomförande.....	3
Flödesschema vid samordnad vårdplanering (SVP) .....	5
Referenslista .....	11
Länkar .....	11

# Riktlinje för samordnad vårdplanering vid in- och utskrivning från sjukhus – varför, för vem, när och hur?

Samordnad vårdplanering (SVP) ska ske när patienten bedöms vara i behov av fortsatt hälso- och sjukvård och/eller omsorg efter utskrivningen från sjukhus i Region Halland. SVP ska utgå från bedömningar av den enskildes behov av insatser, förutsättningar och önskemål om insatser. För insatser enligt, Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), krävs en ansökan från den enskilde eller dennes företrädare. Överenskommelsen är ett lagkrav, se referenslista sist i dokumentet.

## Syfte

Syftet med SVP är att säkerställa att patienten får sina behov av vård- och stödinsatser från regionen och kommunen efter utskrivning från sjukhus. Det ska finnas en sammanhållen vård- och omsorgskedja samt en tydlig ansvarsfördelning.

## Målet med SVP är:

- att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses
- att patienten vet vilken fortsatt vård, omsorg och rehabilitering/habilitering som kan förväntas efter utskrivning
- att all vård- och omsorgspersonal får den information som krävs för att kunna fullgöra sitt uppdrag

Patienten/vårdnadshavare ska delta i planeringen av den framtida vården. Närstående ska även ges möjlighet att delta i planeringen om patienten inte motsätter sig detta.

## Målgrupp och genomförande

Samordnad vårdplanering (SVP) görs för de patienter som har behov av nya eller förändrade insatser efter utskrivning från sjukhus. Detta gäller oavsett patientens ålder, boendeform eller insatsernas omfattning efter utskrivning. I denna riktlinje kommer den samlade benämningen insatser att användas när det gäller insats för vård, omsorg och rehabilitering/habilitering.

## Samordnad vårdplanering på sjukhus eller via telefon

SVP kan genomföras efter överenskommelse på sjukhus eller via telefon.

På sjukhus görs SVP för patienter som inte har haft insatser tidigare, om ingen annan överenskommelse görs. Samma gäller för patienter som har ett förändrat behov av insatser, från kommunen och regionens öppna hälso- och sjukvård, efter utskrivning från sjukhus.

SVP via telefon genomförs för patienter som har insatser sedan tidigare från kommunen och/eller regionens öppna hälso- och sjukvård, där behovet av insatser är oförändrat efter utskrivning från sjukhus. I dessa fall ska alltid dialog med sjuksköterska och/ eller socialtjänst i kommunen ske.

Om patienten enbart har behov av sociala tjänster som larm, matdistribution, städning eller liknande och **kan komma hem utan omedelbar insats**, bör patienten uppmanas att själv ansöka om detta efter utskrivning från sjukhuset.

## **Läkemedel**

När patienten skrivs ut är det slutenvårdens ansvar att ordinerade nyinsatta läkemedel/sjukvårdsartiklar finns tillgängliga vid hemkomsten för tre dagar fram i tiden.

## **Överrapportering läkare till läkare**

Läkaren i slutenvård förvissas sig om att det medicinska ansvaret kan tas över av den vårdenhet där patienten är listad och/eller annan läkare inom regionens öppna hälso- och sjukvård. Uppgiften kan inte delegeras.

Patienter för vilka det är särskilt viktigt att överföra det medicinska ansvaret från läkare inom slutenvård till läkare inom regionens öppna hälso- och sjukvård

- Alla patienter som vårdas i livets slutskede och som skrivs ut från sjukhusvården till hemmet eller särskilt boende.
- Patienter med komplexa sjukdomsbilder, kan även vara patient med öppen retur.
- Patienter med tillstånd som kräver snabb uppföljning efter utskrivning.

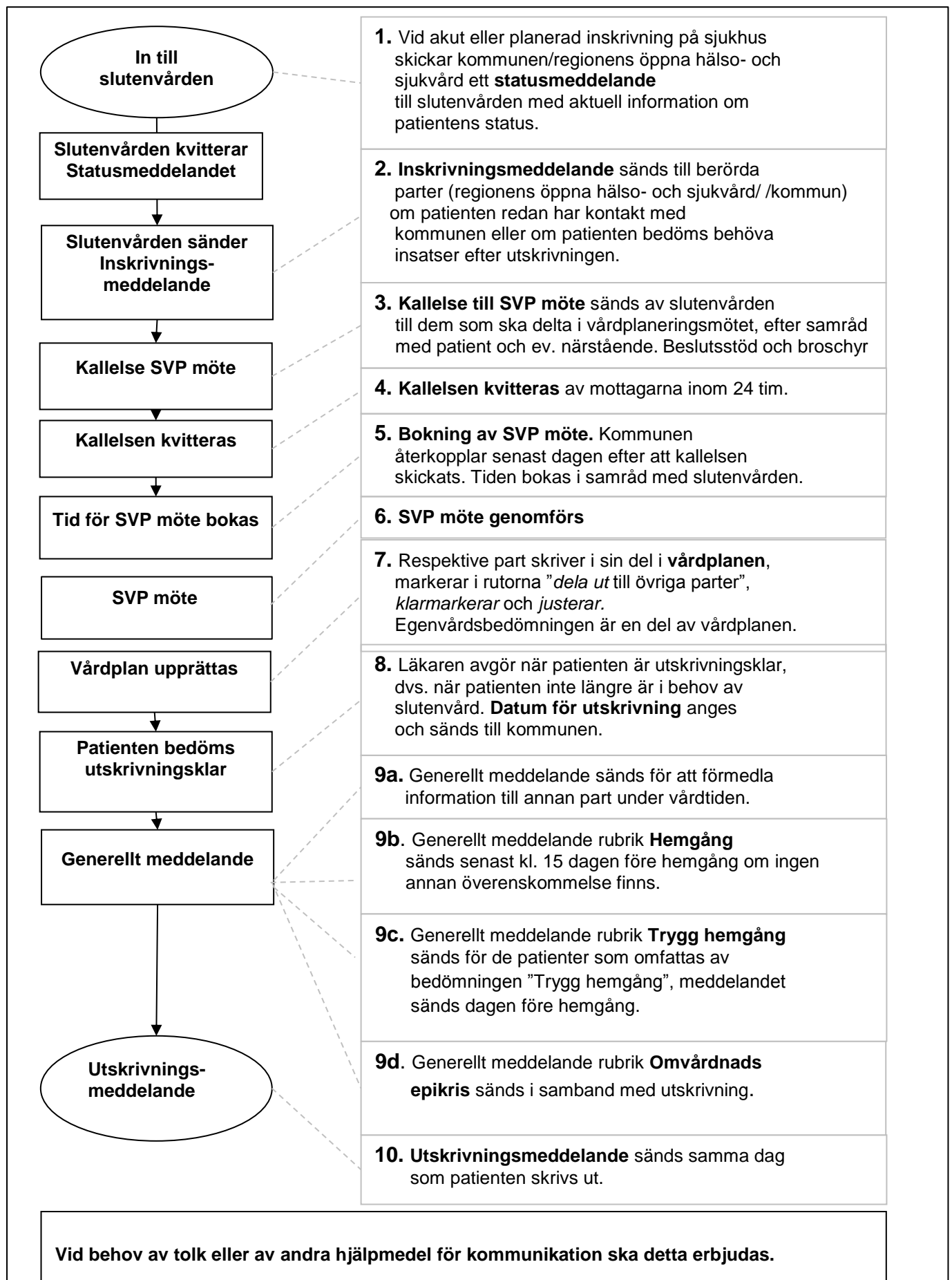
Överföring av det medicinska ansvaret från läkare inom slutenvård till läkare inom regionens öppna hälso- och sjukvård ska då ske med remiss.

Anm: För patienter som vårdats inom den psykiatriska slutenvården där det efter utskrivning enbart är aktuellt med fortsatta insatser från den psykiatrisk öppenvården ska informationsöverföring ske via VAS - JO20 (Psykiatrins ledningssystem)

## **Avvikelsehantering**

Om rutinen för samordnad vårdplanering inte följs är varje yrkeskategori, som är delaktig eller berörd i en samordnad vårdplanering, skyldig att rapportera avvikelsen. Avvikelsen rapporteras, diskuteras och åtgärdas utifrån gällande rutin i respektive organisation.

## Flödesschema vid samordnad vårdplanering (SVP)



# Förtydligande till flödesschema

## Rutin för informationsöverföring i IT-stödet Meddix

Samordnad vårdplanering (SVP) avser en process som syftar till att samordna och planera patientens fortsatta behov av insatser vid övergång från slutenvård till andra vård- och omsorgsformer. Detta görs tillsammans med patient/vårdnadshavare/närstående och berörda vårdgivare/omsorgsgivare. En vårdplan upprättas som dokumentation från SVP mötet.

## 1. Vid inskrivning på sjukhus

Vid akut eller planerad inskrivning på sjukhus sänds - Statusmeddelande - till mottagande vårdgivare (sjukhus) av kommun och/eller regionens öppna hälso- och sjukvård.

Meddelandet används för att informera slutenvården om patientens allmänna funktionsförmåga och nuvarande hjälpbehov.

Statusmeddelandet i Meddix fylls i och sänds så snart som möjligt, men kan även skickas via Meddix i efterhand om patienten åkt till sjukhus på eget initiativ.

## 2. Inskrivningsmeddelande från sjukhus

För att en SVP ska kunna genomföras krävs samtycke från patienten.

När en patient skrivs in i regionens slutenvård, eller så snart som möjligt därefter, ska en bedömning göras om patientens vidare behov av insatser efter utskrivning. Om patienten har eller bedöms behöva insatser efter utskrivning, ska ett inskrivningsmeddelande skickas till berörda enheter i kommunen och regionens öppna hälso- och sjukvård. Syftet med meddelandet om inskrivning är delvis att informera att patienten är inskriven på sjukhus men även för att tidigt signalera att en gemensam SVP kan bli aktuell.

Slutenvården sänder alltid - Inskrivningsmeddelande - till både mottagande kommun och regionens öppna hälso- och sjukvård.

## 3. Kallelse till SVP möte

När läkare på sjukhus bedömt att patienten efter utskrivning från slutenvård kommer att ha behov av insatser, ska kallelse till SVP möte sändas till berörda parter.

Sjuksköterska/vårdplanerare sammanställer ett skriftligt underlag/beslutsstöd för SVP mötet, se [länk](#)<sup>1</sup>.

Behandlande läkare ansvarar för att en samordnad vårdplanering genomförs. För psykiatrin ska vårdform anges i kallelsen. Patientens behov av insatser efter utskrivning avgör vilka parter och personalkategorier som ska kallas till mötet. Informationsbroschyr ges till patient inför mötet, se [länk](#)<sup>2</sup>.

**OBS!** Datum och tid fylls inte i av slutenvården.

Kallelsen sänds alltid till mottagande kommun. Kallelsen sänds också till regionens öppna hälso- och sjukvård inkl. till psykiatrisk öppenvård för de patienter som bedöms ha behov av insatser från någon av dessa verksamheter efter utskrivning.

Slutenvården ansvarar för att kalla patient/vårdnadshavare och närstående.

## 4. Kallelsen kvitteras av kallade parter i Meddix

## 5. Bokning av SVP mötet

Kommunen ska återkoppla snarast, eller senast dagen efter kallelsen mottagits. Detta under förutsättning att kallelsen sänds senast kl. 14 dagen före. Detta gäller både för den somatiska vården och för den psykiatriska vården.

Kommunen bokar tid för SVP mötet i samråd med slutenvården och fyller i överenskommen tid för mötet i vårdplanen, i rutan mötesdatum och klockslag. SVP mötet ska äga rum snarast möjligt efter konstaterande att patienten behöver nya eller förändrade insatser efter utskrivning. Detta gäller både för den somatiska vården och för den psykiatriska vården. SVP genomförs via telefon eller via möte på sjukhus.

Betalningsansvaret för den somatiska vården inträder tidigast fem vardagar efter att kallelsen till vårdplanering är sänd, för psykiatriin gäller 30 vardagar.

## 6. SVP möte

Vårdplanerare på sjukhuset eller ansvarig sjuksköterska från avdelningen ansvarar för att inleda SVP mötet. De presenterar deltagarna och lämnar information angående mötets syfte samt hur mötet praktiskt kommer att gå till. Se bilaga, manual för SVP möte.

## 7. Vårdplan upprättas

En vårdplan beskriver planerad och beslutad vård och omsorg för berörd patient. Vårdplanen ska upprättas för patienter som bedöms behöva hälso- och sjukvårdsinsatser eller insatser från kommunens socialtjänst efter utskrivning från slutenvården. Vårdplanen ska vara ett konkret hjälpmedel för samordning. Den skall bidra till att den enskilde ges ökat inflytande över stödet och den egna tillvaron, samt får en hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet. Vårdplanen ska ge en samlad bild av patientens behov av fortsatta insatser efter utskrivning.

### I vårdplanen ska det tydligt framgå:

**Vem** som ansvarar för patientens fortsatta behov av insatser, **vad, hur och när** det ska utföras.

En vårdplan är inget "meddelande" utan ett gemensamt dokument, där varje part skriver sin egen del och fyller i rutan "dela ut" och klarmarkerar i Meddix. Därefter kan vårdplanen läsas av de andra parterna. När parterna är överens om innehållet justerar respektive part sin del i vårdplanen inom 24 timmar, lördag, söndag och helgdag borträknad.

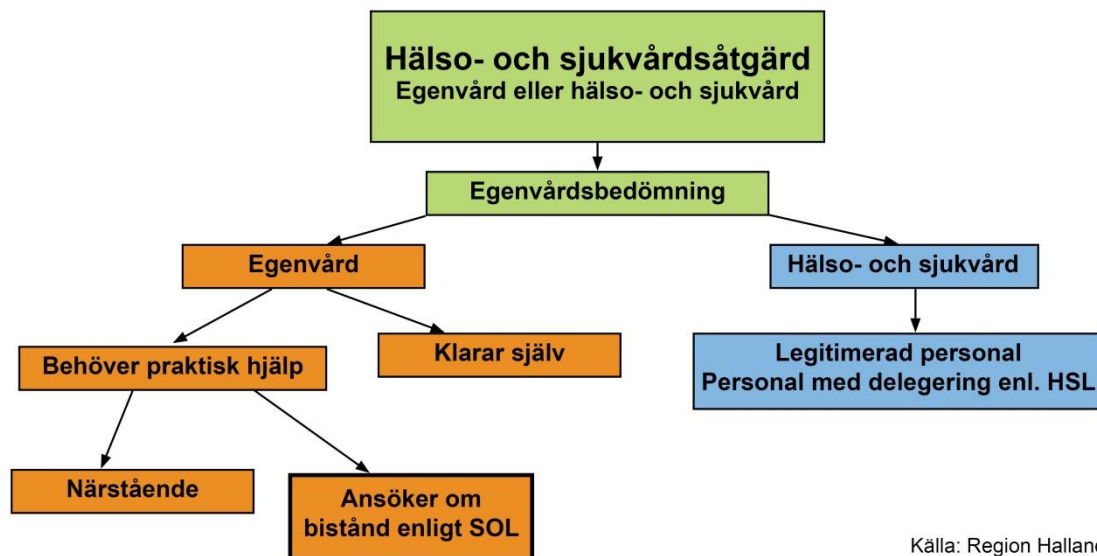
När alla parter gjort detta är vårdplanen upprättad.

### Information om vårdtillfället via NPÖ, nationell patientöversikt

För att berörd legitimerad personal i kommunen ska kunna ta del av och läsa om ett vårdtillfälle via NPÖ behövs patientens samtycke. Samtycket inhämtas av kommunens personal vid vårdplaneringsmötet. Patientens samtycke dokumenteras i vårdplanen.

## Egenvårdsbedömning – en del av SVP

Egenvård – en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en person själv kan utföra, eller behöver praktisk hjälp att utföra.



Om behov finns av hjälp med att utföra egenvårdsåtgärderna kan patienten ansöka hos kommunen om bistånd för handräckning för egenvårdsåtgärden. För biståndsbeslut krävs en egenvårdsbedömning enligt Socialstyrelsens föreskrift.

**Patienten ska få ett utskrivet exemplar av sin vårdplan i samband med utskrivningen.**

## 8. Utskrivningsklar

En patient är utskrivningsklar när en läkare bedömt att patienten inte längre behöver vård vid enhet på sjukhus.

Meddelande om "Utskrivningsklar" skickas till kommunen.

### Återtag av utskrivningsklar – vid förändrade förutsättningar för utskrivning

Återtag av utskrivningsklar ska sändas, om patientens förutsättningar för utskrivning förändras, med uppgift om datum och orsak. Den samordnade vårdplaneringen återtas.

Även kallelsen till SVP mötet återtas.

Ny SVP ska därefter genomföras utifrån de nya förutsättningarna. Ny kallelse ska sändas, ny vårdplan upprättas och patienten ska anmälas som utskrivningsklar igen.

## 9a. Generella meddelanden

"Generella meddelanden" kan skickas för de patienter som är inskrivna i Meddix. Information som inte framgår i andra underlag, sänds mellan de parter som har behörighet till aktuell patient.



### **9b. Generellt meddelande ”Rubrik Hemgång”**

I det generella meddelandet som sänds senast kl. 15 dagen före hemgång ges information om vilken dag patienten ska gå hem, om ingen annan överenskommelse är gjord. ”Kompletterande uppgifter” kan användas för information av värde i samband med hemgången, exempelvis om någon hämtar eller möter upp.

### **9c. Generellt meddelande ”Rubrik Trygg hemgång”**

Gäller för de patienter som omfattas av bedömningen ”Trygg hemgång”. Se rutin för Trygg hemgång.

### **9d. Generellt meddelande ”Rubrik omvårdnadsepikris”**

Sänds i samband med utskrivning.

### **10a. Utskrivningsmeddelande**

Utskrivningsmeddelandet sänds samma dag som patienten skrivs ut. I samband med att patienten skrivs ut ska adekvat dokumentation vara klar.

**OBS!** Finns ett inskrivningsmeddelande så måste också ett utskrivningsmeddelande sändas, även om ingen vårdplan upprättats.

Slutenvården sänder alltid – Utskrivningsmeddelande – till både kommunen och regionens öppna hälso- och sjukvård

### **10b. Utskrivningsmeddelande ”Avbruten vårdplanering”**

Om vårdplanering avbrutits eller om patienten avlidit skrivs patienten ut som ”Avbruten vårdplanering” i Meddix och orsak anges.

## **Manual för SVP möte på sjukhus**

Vårdplanerare eller ansvarig sjuksköterska från avdelningen presenterar deltagarna och inleder mötet.

- Information angående mötets syfte samt hur mötet praktiskt kommer att gå till.
- Patienten och/eller närstående berättar varför patienten kommit till sjukhuset.
- Medicinsk status, häsohistoria och aktuell status.
- Aktuell funktion och ADL-status (vad patienten klarar av gällande förflyttning och personlig vård med mera).
- Behov av insatser från specialister på sjukhuset, regionens öppna hälso- och sjukvård eller kommun.
- Beräknat datum för hemgång.
- Sammanfattning av vård- och rehabiliteringsbehov i regionens öppna hälso-och sjukvård eller kommunen. Om överrapportering läkare till läkare ska ske med remiss enligt SVP riktlinje säkerställs detta.

## **Kommunens vårdplaneringsteam/socialtjänst ansvarar för andra delen av mötet.**

- Information kring kommunens ansvarsområden
- Social bakgrund: – boende och närmiljö – anhöriga och nätverk – tidigare hemtjänst med flera
- Patientens behov och önskemål
- Patientens egna resurser och begränsningar
- Bedömning och eventuellt beslut
- Sammanfattning

## Referenslista

Regeringens proposition 2002/03:20, Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet

SFS 2003:193, Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

Kommittédirektiv 2014:27 för Betalningsansvarslag. Utredningen redovisas för regeringen 27/2 2015

SOSFS 2005:27 Socialstyrelsens författningssamling "Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård"

SOSFS 2007:10 Socialstyrelsens författningssamling "Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering"

SOSFS 2008:14 Socialstyrelsens författningssamling "Föreskrift om informationshantering"

SOSFS 2009:6 Socialstyrelsens författningssamling, "Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård".

SOSFS 2014:821 Socialstyrelsens författningssamling "Patientlag"

Strategisk grupp Hallands slutrapport 2013-02-27 "Framtidens Hemsjukvård"

## Länkar

Länk<sup>1</sup>, <http://www.regionhalland.se/utveckling-och-tillvaxt/omrade/socialtjanst/sammanhallen-vard-och-omsorg-for-aldre-i-halland/ratt-vard-och-omsorgsniva-for-anna-och-lars/samordnad-varoplanering/>

Länk<sup>2</sup>, <http://www.regionhalland.se/utveckling-och-tillvaxt/omrade/socialtjanst/sammanhallen-vard-och-omsorg-for-aldre-i-halland/ratt-vard-och-omsorgsniva-for-anna-och-lars/samordnad-varoplanering/>