

In- och utskrivning vid sluten- och öppenvårdsprocess – delregional tillämpning

Innehåll

Inledning	1
Slutenvårdens ansvar	2
Regionala öppenvårdens ansvar	3
Kommunens ansvar	3
Dokument som ska överföras vid vårdövergångar	4
Bifogas i SAMSA till kommun	4
Bifogas i SAMSA till regional rehabenhet i öppenvård	5
Bifogas i SAMSA från slutenvård till regional öppenvård	5
SIP – Samordnad individuell plan	5
SIP - Samordnad individuell plan slutenvårdsprocess	5
SIP – Samordnad individuell plan öppenvårdsprocess	6
Process vid samordning efter utskrivning från sjukhus utan behov av SIP	6
Process vid behov av samordning efter utskrivning från sjukhus där SIP-möte sker efter utskrivning	7
Process vid behov av samordning efter utskrivning från sjukhus där SIP-möte sker på sjukhus	7
Process vid behov av informationsöverföring och samordning i öppenvård	8

Inledning

Den enskildes fortsatta behov av vård och omsorg i samband med vårdövergångar planeras från den information som finns i IT-tjänsten SAMSA. Dokumentation i SAMSA är en förutsättning för att kunna planera insatser. Dokumentationen är underlag för olika verksamheter att kunna göra bedömningar, planera och ta beslut. Alla parter ansvarar för att ge tillräckligt med information och underlag i SAMSA. Bedömningen av hur fortsatt behov av vård och omsorg ska tillgodoses fattas av ansvarig verksamhet i samråd med den enskilde. Varje verksamhet ansvarar för sin egen planering men också för samordning och utbyte av information med andra berörda verksamheter samt den enskilde.

Information som saknas för att fatta beslut om fortsatt vård och omsorg ska efterfrågas i SAMSA. Svar på det som efterfrågas ska ges inom en halv arbetsdag, gäller vardagar.

När samtycke inte lämnas av den enskilde ansvarar respektive verksamhet för att dokumentera planerade insatser inom sitt ansvarsområde. Respektive verksamhet ansvarar också för att dokumentera i eget verksamhetssystem att samtycke inte lämnats.

Tillämpningen är ett komplement till länsgemensamma riktlinjer och rutiner:

[Länsgemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Västra Götaland](#)

[Länsgemensam rutin om in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Västra Götaland](#)

[Länsgemensam riktlinje för Öppenvårdsprocessen i Västra Götaland](#)

[Länsgemensam rutin för öppenvårdsprocessen](#)

För information om vad som dokumenteras i IT-tjänsten SAMSA hänvisas till [Information som dokumenteras i IT-tjänsten SAMSA vid slutet- och öppenvårdsprocess - delregional tillämpning](#)

Ansvar

Slutenvårdens ansvar

- Slutenvården har huvudansvaret för att samordning sker tills den enskilde lämnar slutenvården.
- Ansvarig sjuksköterska/utskrivningskoordinator lämnar skriftlig information/broschyr till den enskilde. *"Det du behöver veta inför din hemgång"*
- Alla professioner har ett ansvar att lägga till information i SAMSA. En specificering av den enskildes aktuella vård- och omsorgsinsatser ska göras och dokumenteras i SAMSA. Uppgifterna blir ett underlag för att tillgodose behov av fortsatta vård- och omsorgsinsatser som behöver startas samma dag alternativt planeras för kommande dagar eller veckor.
- Sjuksköterska/utskrivningskoordinator lägger till val av rehabenhet som part under primärvården om patienten inte är inskriven i kommunal primärvård.
- Sjuksköterska/utskrivningskoordinator lägger till mobila team/öppenvårdsmottagning som part när det är aktuellt.
- Vid utskrivning från slutenvård skrivs ansvarsfiken i planeringsmeddelandet i SAMSA ut och lämnas till den enskilde.
- Vid hemgång förskriva och skicka med de nödvändiga hjälpmedel, förbrukningsartiklar och läkemedel som behövs. [Säker hjälpmedelsförskrivning vid utskrivning från slutet hälso-och sjukvård](#)
- Bifoga filer i SAMSA enligt nedan, sid 3.

Regionala öppenvårdens ansvar

- Upprätta och komplettera vårdbegäran och kontaktuppgifter.
- Namnge eller uppdatera fast/huvudansvarig fast vårdkontakt.
- Bedöma behov av fortsatta hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Öppna planeringsfliken i SAMSA, vid öppenvårdsprocessen, i samband med att vårdbegäran skickas för inskrivning i kommunal primärvård.
- Vid utskrivning från slutenvård bekräfta när nödvändig information har överförts i checklistan i SAMSA.
- För personer som inte sedan tidigare är inskrivna i kommunal primärvård efterfråga vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som behöver starta i direkt anslutning till sjukhusvistelse och vilka insatser som behöver göras inom en kortare eller längre tidsperiod. Ansvaret för hälso- och sjukvården är regionalt till inskrivning i kommunal primärvård är beslutad.
- Bifoga filer i SAMSA enligt nedan, sid 3.
- Öppenvårdsmottagning ska skicka vårdbegäran i samband med informationsöverföring mellan vårdgivare i öppenvårdsprocessen gällande inskrivning, utskrivning och åtgärd. Vid förvägsplanering inför planerad operation, se även [Delregional rutin gällande förvägsplanering för planerade operationer inom ortopedin på SÄS](#).
- Öppenvårdsmottagning ska meddela regional primärvård och kommun vid utskrivning. Till regional primärvård skickas remiss och till kommun skickas vårdbegäran i SAMSA.
- Inför byte av vårdgivare/inskrivning i kommunal primärvård gå igenom personens hjälpmedelslista och återhämta de hjälpmedel inklusive tillbehör som inte används.
- För personer som inte är kända i kommunen och där akutmottagning uppmärksammar behov av ytterligare bedömning efter hemgång eller som varit så kallad 23-timmarpatient skicka *Meddelande vård och omsorg* till regional primärvård och/eller kommun. Vid behov ska remiss skickas till regional primärvård. För öppenvårdsbesök på akutmottagning gäller separat arbetssätt. [Beskrivning för öppenvårdsbesök på akutmottagningen](#)

Kommunens ansvar

- Upprätta och/eller komplettera vårdbegäran och kontaktuppgifter.
- Inhämta ansökan om insats när den enskilde ansöker om nya eller utökade omsorgsinsatser i samband med slutenvård. Handläggare från kommunen kontaktar den enskilde via telefon eller genom ett möte. Handläggaren dokumenterar beviljade insatser.
- Ta beslut om det är aktuellt med inskrivning i kommunal primärvård. Beslutet grundas framför allt på den information som finns i SAMSA. Information som saknas för att fatta beslut om fortsatt hälso- och sjukvård ska efterfrågas i SAMSA. Om informationen inte är tillräcklig kan det innebära att inskrivning i kommunal primärvård inte sker. Beslutet ska dokumenteras under ansvarsfliken i SAMSA. Den enskilde ska informeras om beslutet.
- Vid utskrivning från slutenvården ska handläggare och legitimerad personal bekräfta när nödvändig information har överförts i checklistan i SAMSA.

- Dokumentera planerat hemgångsdatum i checklisten i SAMSA.
- Vid utskrivning från kommunal primärvård skicka vårdbegäran till regional primärvård och öppenvårdsmottagning när det är aktuellt.
- Inför byte av vårdgivare/utskrivning från kommunal primärvård gå igenom personens hjälpmedelslista och återhämta de hjälpmedel inklusive tillbehör som inte används.

Dokument som ska överföras vid vårdövergångar

Dokument med information som ska överföras vid vårdövergångar bifogas som fil i SAMSA för de personer som planeras i SAMSA. Detta ska ske samlat och i samband med in- och utskrivning. Bifogade filer ska ses som ett komplement till den skriftliga dokumentationen i SAMSA. I slutenvårdsprocessen användas checklisten för att bekräfta att bifogade filer är mottagna.

I öppenvårdsprocessen bekräftas att bifogade filer är mottagna i *”Planering/Behov av vård och omsorg efter denna vårdkontakt enligt vårdpersonalen”* respektive *”Planering/Bedömt behov av rehabiliterings/ habiliteringsåtgärder, bostadsanpassning och hjälpmedel efter denna vårdkontakt”*.

Bekräftelse av mottagna filer ska ske senast nästkommande vardag.

Det är av vikt att säkerställa att alla mottagare tagit emot bifogade filer innan ärendet avslutas. När ett ärende avslutas försvinner notisen i inkorgen även om ärendet återaktiveras. När en ny fil ska skickas som ska ersätta en tidigare version raderas den inaktuella filen innan en ny skickas. Inga dokument behöver bifogas i SAMSA från kommun till regional primärvård vid in- och utskrivning.

Observera att samordnad vårdplan vid LPT (Lag om psykiatrisk tvångsvård) och LRV (Lag om rättspsykiatrisk vård) inte ska bifogas i SAMSA, då planen ska signeras av aktuella vårdgivare.

Bifogas i SAMSA till kommun

- Aktuell och uppdaterad läkemedelslista.
- Medicinsk epikris och vårdtidssammanfattning.
- Relevanta journalanteckningar.
- Aktuell diagnoslista med tillhörande ICD-koder.
- Remiss/ordination för behandling och uppföljning med dokument t.ex. sårjournal, kateterjournal, medicinsk plan, bedömningar, riskbedömningar med åtgärder och restriktioner.
- Brytpunktssamtal och individuella behovsordinationer vid palliativ vård.
- Ställningstagande till begränsning av vårdinsats.
- Riskbedömning för egenvård och egenvårdsbeslut när detta är aktuellt.
- Remiss/ordination för behandling inklusive rehabilitering och uppföljning.
- Riskbedömning med åtgärder, restriktioner och information.
- Rehabepikris för de patienter som haft en längre kontakt med rehabenhet och flera olika typer av åtgärder där dokumentationen i SAMSA behöver förtydligas och sammanfattas.
- Rehabepikris vid komplexa patientfall eller då all nödvändiga information inte kan dokumenteras i SAMSA.
- Träningsprogram.

Bifogas i SAMSA till regional rehabenhet i öppenvård

- Remiss/ordination för behandling inklusive rehabilitering och uppföljning.
- Riskbedömning med åtgärder, restriktioner och information om till exempel ortoser.
- Rehabepikris för de patienter som haft en längre kontakt med rehabenhet och flera olika typer av åtgärder där dokumentationen i SAMSA behöver förtydligas och sammanfattas.
- Rehabepikris vid komplexa patientfall eller då all nödvändiga information inte kan dokumenteras i SAMSA.
- Träningsprogram.
- Riskbedömning för egenvård och egenvårdsbeslut när detta är aktuellt.

Bifogas i SAMSA från slutenvård till regional öppenvård

- Epikris.
- Sårjournal.
- Kateterjournal.
- Läkemedelslista.
- Brytpunktssamtal och individuella behovsordinationer vid palliativ vård.
- Ställningstagande till begränsning av vårdinsats.

SIP – Samordnad individuell plan

SIP används för att samordna insatser från olika huvudmän och aktörer på individnivå. SIP syftar till att delaktiggöra den enskilde utifrån sina förutsättningar samt att insatser samordnas och att SIP upprättas och följs upp. För att upprätta en SIP samt möjliggöra informationsdelning mellan verksamheter och andra berörda aktörer, förutsätts att den enskilde ger sitt samtycke. Behov av SIP handlar inte om hur stora insatser en enskild har från respektive verksamheter utan om det föreligger ett behov av samordning av olika insatser på individnivå mellan verksamheter som utför dessa. Arbetssättet ska vara personcentrerat. En samordnad individuell plan, SIP, ska alltid upprättas tillsammans med den person som har behov av insatserna. Om den enskilde sedan tidigare har en pågående SIP så ska en bedömning göras om den ska revideras eller om ny SIP ska upprättas. Verksamheterna är skyldiga att medverka i en SIP när annan verksamhet kallar. Det räcker att en verksamhet gör bedömningen att SIP behövs för att skyldigheten att delta vid kallelse ska gälla. Under första SIP-mötet utses vem som ska vara fortsatt huvudansvarig för SIP.

SIP - Samordnad individuell plan slutenvårdsprocess

- Vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård ska den enskilde alltid erbjudas en SIP om det efter utskrivning finns insatser från både kommun och region i form av socialtjänst eller hälso- och sjukvård.
- I in- och utskrivningsprocessen har den regionfinansierade fasta vårdkontakten särskilt ansvar för att erbjuda och skicka kallelse till berörda verksamheter efter samtycke från den enskilde.
- Det är den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppna vården som kontakter den enskilde i syfte att inhämta samtycke till SIP före utskrivning från

slutenvården. Detta sker i första hand via telefon med den enskilde eller i undantagsfall genom ett digitalt möte.

- När en upprättad SIP finns vid inskrivningen, ansvarar huvudansvarig fast vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården för att kontakta den som är huvudansvarig för SIP. Tillsammans tar den enskilde, huvudansvarig för SIP och huvudansvarig fast vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården ställning till hur SIP fortsatt ska hanteras.

SIP-möte på sjukhus

- SIP-möte på sjukhus sker endast när det inte räcker med den kortsiktiga planeringen för den första tiden i hemmet för att säkra en trygg utskrivning.
- Det är den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppna vården som informerar om, erbjuder och kallar till SIP-möte i samråd med slutenvården när det ska ske på sjukhus.
- Det är ansvarig sjuksköterska/ utskrivningskoordinator på sjukhuset som informerar den enskilde och vid behov närstående om när SIP-mötet ska ske.

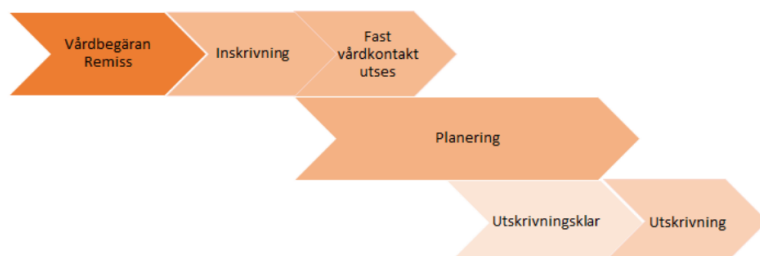
SIP – Samordnad individuell plan öppenvårdsprocess

- I öppenvårdsprocessen vid vårdövergång och begäran om samordning kan vid behov av ytterligare samordning SIP initieras.
- I öppenvård ska den som identifierar att den enskilde har behov av samordning av insatser starta upp SIP-processen. Den enskilde, närstående och vårdnadshavare kan också efterfråga en SIP.
- Den verksamhet som upptäcker eller får önskemål om SIP från den enskilde, närstående och vårdnadshavare ansvarar för att kalla till SIP-möte.
- SIP-processen ska starta utan dröjsmål, vilket ofta innebär inom några dagar från att behovet är upptäckt och bedömt.

[Länsgemensam riktlinje för samordnad individuell plan, SIP i Västra Götaland](#)

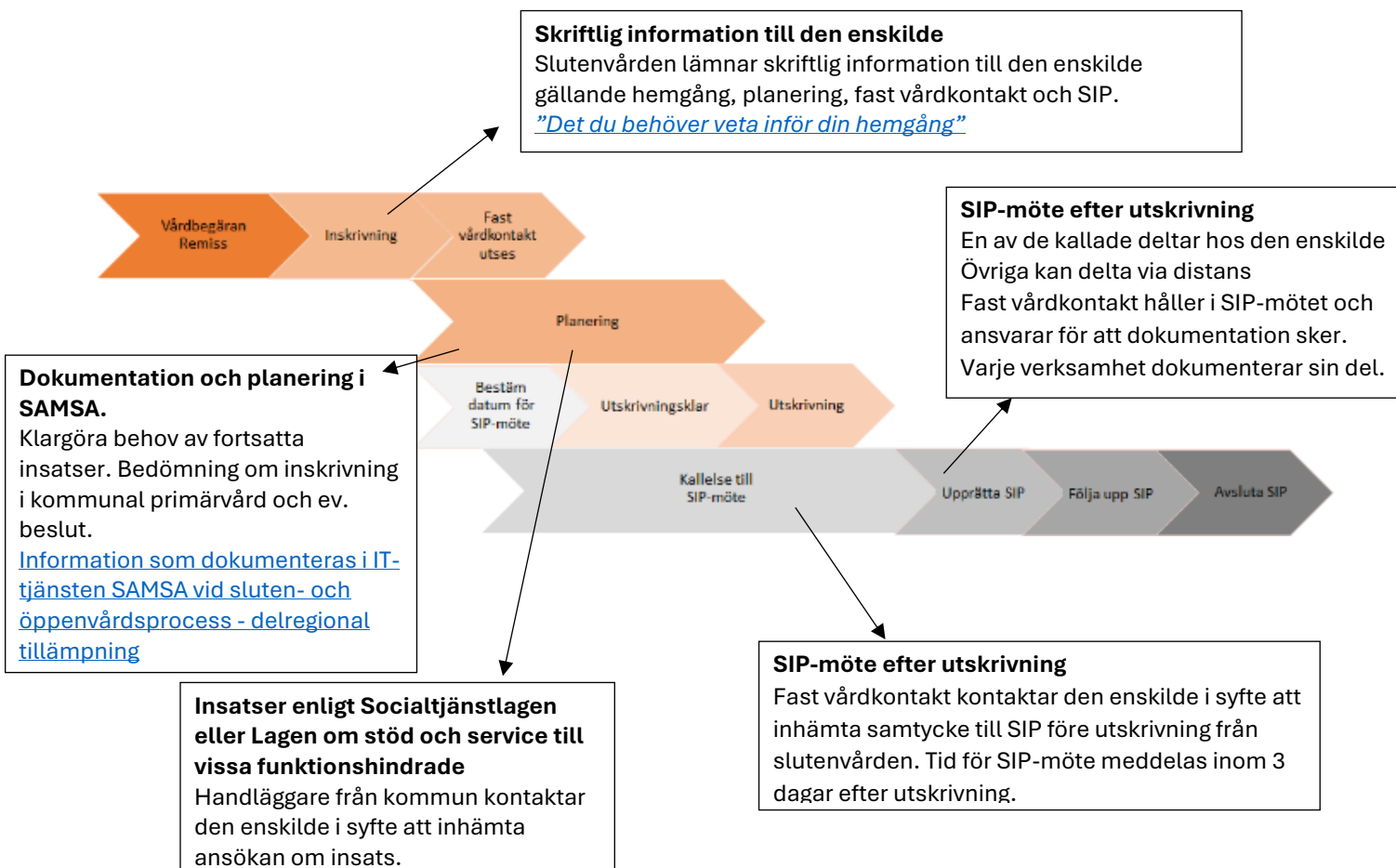
[Länsgemensam rutin för SIP](#)

Process vid samordning efter utskrivning från sjukhus utan behov av SIP

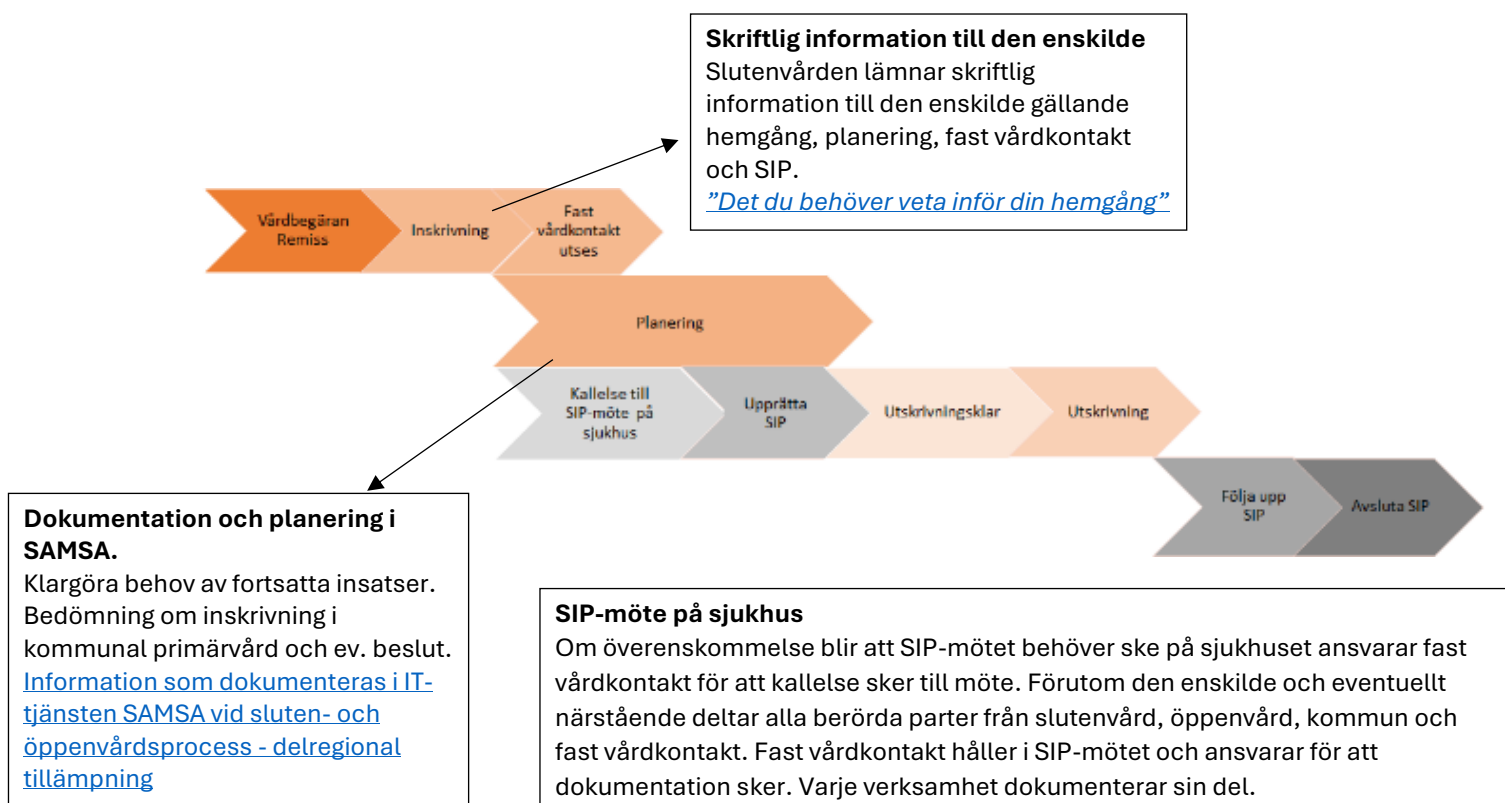


Processbild som beskriver processen vid samordning efter utskrivning från sjukhus utan behov av SIP. Fast vårdkontakt utses från den regionfinansierade vården. Planering sker i samverkan och därefter utskrivning från slutenvården.

Process vid behov av samordning efter utskrivning från sjukhus där SIP-möte sker efter utskrivning



Process vid behov av samordning efter utskrivning från sjukhus där SIP-möte sker på sjukhus



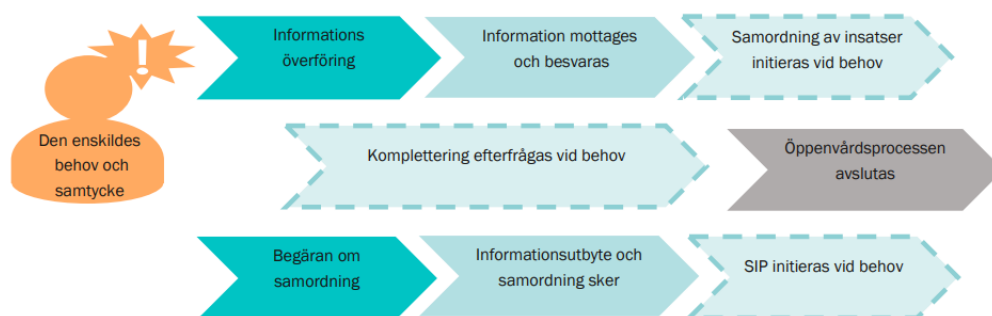
Process vid behov av informationsöverföring och samordning i öppenvård

Öppenvårdsprocessen handlar om informationsöverföring och samordning kring personer som berörs av rutin och riktlinje för öppenvård. Behov av att säkerställa vårdövergångar i öppenvårdsprocessen kan identifieras av öppenvårdsmottagning, regional och kommunal primärvård samt socialtjänst.

Vid behov av ytterligare samordning kan Samordnad individuell plan, SIP initieras.

Två processer beskrivs:

- Informationsöverföring
- Begäran om samordning.



Vårdbegäran ska sändas i SAMSA i samband med informationsöverföring mellan vårdgivare i öppenvårdsprocessen gällande inskrivning/utskrivning/åtgärd. Vårdbegäran kan öppnas och skrivas av samtliga professioner och vårdgivare.

Planering i SAMSA

Används i öppenvårdsprocessen för informationsöverföring. Den regionala öppenvården ansvarar för att planeringsfliken öppnas i öppenvårdsprocessen.

Förvägsplanering

Mottagning på sjukhuset öppnar en vårdbegäran. Alla verksamheter kompletterar snarast. Eventuella frågor ställs i "Meddelande till vård och omsorg" där även en kommentar om vårdtillfället görs.
[Delregional rutin gällande förvägsplanering för planerade operationer inom ortopedin på SÄS](#)