

## **Delregional tillämpning gällande in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Enskild med behov av samordning efter utskrivning från sjukhus.**

### **Inledning**

Tillämpningen är ett komplement till länsgemensam rutin [”Länsgemensam rutin om in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Västra Götaland”](#) samt [”Länsgemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Västra Götaland”](#).

Målet är att den enskilde ska klara sin vardag så självständigt som möjligt med stöd från vård och omsorg. Tillämpningen avser att utifrån det samlade behovet av insatser efter utskrivning från slutenvården klargöra vilken verksamhet/enhet som är ansvarig för respektive insats.

I övrigt hänvisas till ovanstående och övriga länsgemensamma rutiner.  
Se [Vårdsamverkan i Västra Götaland](#)

### **Arbetsätt**

Planeringen av den enskildes fortsatta behov av vård och omsorg efter utskrivning från slutenvård utgår från den information som finns i de meddelanden som ingår i SAMSA. Dokumentation i SAMSA är en förutsättning för att kunna planera insatser inför utskrivning. Dokumentationen är det enda underlaget 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.

All planering av fortsatt vård och omsorg sker utifrån den dokumentation som finns i SAMSA
--

### **Vårdbegäran**

Det är viktigt att all information överförs i SAMSA som kan ha betydelse för vården. Delregionalt dokument [Vårdbegäran](#) ska användas.

## Planering

### Gemensamt ansvar

Informationen i SAMSA är central och viktig för bedömningen för den enskildes fortsatta behov av hälso- och sjukvårds- och omsorgsinsatser efter slutenvårdstillfället. Den delregionala överenskommelsen [”Nödvändig information i SAMSA vid in- och utskrivning i slutenvård- Södra Älvsborg”](#) ska följas.

Bekräftelse att nödvändig information i checklistan i SAMSA från slutenvården överförts så att den enskilde får en säker utskrivning görs först när de aktuella punkterna är ifyllda enligt överenskommelsen.

Varje verksamhet ansvarar för sin egen planering men också för samordning och utbyte av information med andra berörda verksamheter samt den enskilde.

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 att samtycke inte lämnats.

### Slutenvårdens ansvar

- Slutenvården har huvudansvaret för att samordning sker tills den enskilde lämnar slutenvården.
- Ansvarig sjuksköterska/utskrivningskoordinator lämnar skriftlig information till den enskilde gällande utskrivning, planering, fast vårdkontakt och SIP i samband med att inskrivningsmeddelande skickas i SAMSA. [”Det du behöver veta inför din hemgång”](#)
- Alla professioner har ett ansvar att lägga till information i SAMSA. En specificering av den enskildes aktuella hälso- och sjukvårds- och omsorgsinsatser ska göras under sjukhusvistelsen och dokumenteras i SAMSA. Uppgifterna blir ett underlag för primärvård och kommun att tillgodose behov av fortsatta hälso- och sjukvårds- och omsorgsinsatser som behöver startas samma dag som utskrivning alternativt planeras in för kommande dagar eller veckor.
- Sjuksköterska/utskrivningskoordinator lägger till val av rehabenhet som part under primärvården och huvudansvarig fast vårdkontakt om detta är aktuellt.
- Vid utskrivning skrivs enbart ansvarsfliken i planeringsmeddelandet i SAMSA ut och lämnas till den enskilde.

**Dokument som faxas vid utskrivning till kommun:**

Aktuell, uppdaterad och signerad läkemedelslista.

Medicinsk epikris och vårdtidssammanfattning.

Remiss/ordination för behandling, åtgärder och uppföljning inklusive rehabilitering med dokument t.ex. sårjournal, kateterjournal, riskbedömning, restriktioner och information om t.ex. ortoser

Rehabepikris för de patienter som haft en längre rehabkontakt med flera olika typer av åtgärder och när dokumentationen i SAMSA behöver förtydligas och sammanfattas.

Rehabepikris vid komplexa patientfall eller då all nödvändiga information inte kan dokumenteras i SAMSA.

Individuellt träningsprogram för de patienter som fått program som inte finns bland de generella träningsprogrammen.

Egenvårdsbeslut när detta är aktuellt.

**Dokument som faxas vid utskrivning till rehabiliteringsenhet regional primärvård:**

Remiss/ordination för behandling inklusive rehabilitering och uppföljning med dokument riskbedömning med åtgärder, restriktioner och information om t.ex. ortoser.

Rehabepikris för de patienter som haft en längre rehabkontakt med flera olika typer av åtgärder och när dokumentationen i SAMSA behöver förtydligas och sammanfattas.

Rehabepikris vid komplexa patientfall eller då all nödvändiga information inte kan dokumenteras i SAMSA.

Individuellt träningsprogram för de patienter som fått program som inte finns bland de generella träningsprogrammen.

**Information till vårdcentral:**

Överföring av nödvändig information till vårdcentral sker på olika sätt utifrån den enskildes behov, men överföring ska ske.

### Regionala öppenvårdens ansvar

- Fast vårdkontakt ska namnges och bedömning av fortsatta insatser ska påbörjas.
- Information som saknas för att fatta beslut om den fortsatta vården och ge den enskilde en säker utskrivning ska efterfrågas i SAMSA. Finns behov av insatser i hemmet som den regionala öppenvården inte kan tillgodose?
- För personer som inte sedan tidigare är inskrivna i kommunens hälso- och sjukvård är det öppenvården som efterfrågar vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som behöver starta i direkt anslutning till sjukhusvistelsen och vilka insatser som behöver göras inom en kortare eller längre tidsperiod. Ansvaret för hälso- och sjukvården är regionalt till inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård är beslutad.
- När slutenvården lämnat tillräcklig information för att bedömning ska kunna göras hur den enskildes behov ska tillgodoses efter utskrivning, bekräftar personalen i den regionala öppenvården att nödvändig information i checklista i SAMSA från slutenvården överförs så att den enskilde får en säker utskrivning.

### Kommunens ansvar

- Bedömning av fortsatta insatser av hälso- och sjukvård (HSL), socialtjänst (SoL) och insatser enligt lagen om särskilt stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) ska påbörjas.
- Information som saknas för att fatta beslut om den fortsatta vården för att den enskilde ska få en säker utskrivning ska efterfrågas i SAMSA.
- När slutenvården lämnat tillräcklig information för att handläggare och legitimerad personal ska kunna bedöma hur den enskildes behov ska tillgodoses efter utskrivning, bekräftar personalen i kommunen att nödvändig information i checklista i SAMSA från slutenvården överförs så att den enskilde får en säker utskrivning.
- Kommunal hälso- och sjukvård bedömer om det finns grund för inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård eller ej. Beslutet grundas på den information som finns i SAMSA. Om inskrivning är aktuell och den enskilde samtycker sker inskrivning. Oavsett vilket beslut som tas ska beslutet dokumenteras under ansvarsfliken i SAMSA.

Bedömning och beslut om inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård:

- Görs av legitimerad personal i kommunal hälso- och sjukvård.
- Underlaget i SAMSA är grund för bedömning om behov av kommunal hälso- och sjukvård i **direkt** anslutning till utskrivning från slutenvård.
- Om inte underlaget från slutenvården är tillräckligt sker ingen inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård. Regionen behåller hälso- och sjukvårdsansvaret.

- När den enskilde ansöker om nya eller utökade insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om särskilt stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) ska handläggare från kommunen kontakta den enskilde i syfte att inhämta ansökan om bistånd. Detta sker i första hand via telefon med den enskilde eller i undantagsfall genom ett digitalt möte. Handläggaren dokumenterar beviljade insatser och planerat utskrivningsdatum i ansvarsfliken i SAMSA.

## SIP – Samordnad individuell plan

För övriga delar gällande SIP hänvisas till [SIP-process](#) och [Riktlinje för SIP i Västra Götaland](#)

- Om SIP finns sedan tidigare så ska en bedömning göras om den ska revideras eller om ny SIP ska upprättas.
- Vid utskrivning från slutenvård ska den enskilde alltid erbjudas en SIP om det efter utskrivning finns insatser från både kommun och region. Det gäller både den som har enbart kommunal hälso- sjukvård och/eller insatser enligt socialtjänstlagen/lagen om särskilt stöd och service för vissa funktionshindrade. Om den enskilde tackar ja till en SIP ska även den regionsfinansierade öppna hälso- och sjukvården medverka i SIP-mötet.
- Det är den fasta regionala vårdkontakten som avgör om SIP-mötet ska ske på sjukhus eller efter utskrivning från sjukhus.
- Vid SIP-mötet ska uppföljningsdatum beslutas och bokas.
- För att kunna upprätta en SIP ska den enskilde godkänna innehållet i planen. Målsättningen är att detta sker vid SIP-mötet. Om den enskilde befinner sig på sjukhuset och dokumentationen inte sker vid SIP-mötet görs godkännande av innehållet i planen med hjälp av ansvarig sjuksköterska/utskrivningskoordinator. Om den enskilde befinner sig i hemmet/på korttidsenhet och dokumentationen inte sker vid SIP-mötet kontaktas den enskilde av fast vårdkontakt för att godkänna innehållet i planen.
- Tider för SIP-möten är vardagar klockan 10.00, 11.00, 13.00, 14.00 och 15.00.

### SIP-möte efter utskrivning från sjukhus

- Det är den fasta regionala vårdkontakten som informerar om, erbjuder och kallar till SIP-möte när den sker efter utskrivning.
- Fast vårdkontakt kontaktar 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. Dokumentation sker i ansvarsfliken i SAMSA.
- När den enskilde har en huvudansvarig fast vårdkontakt i den regionala öppenvården är det denna som kallar till SIP-mötet och bedömer, i samråd med den enskilde, vilka som ska kallas.

### SIP-möte på sjukhus

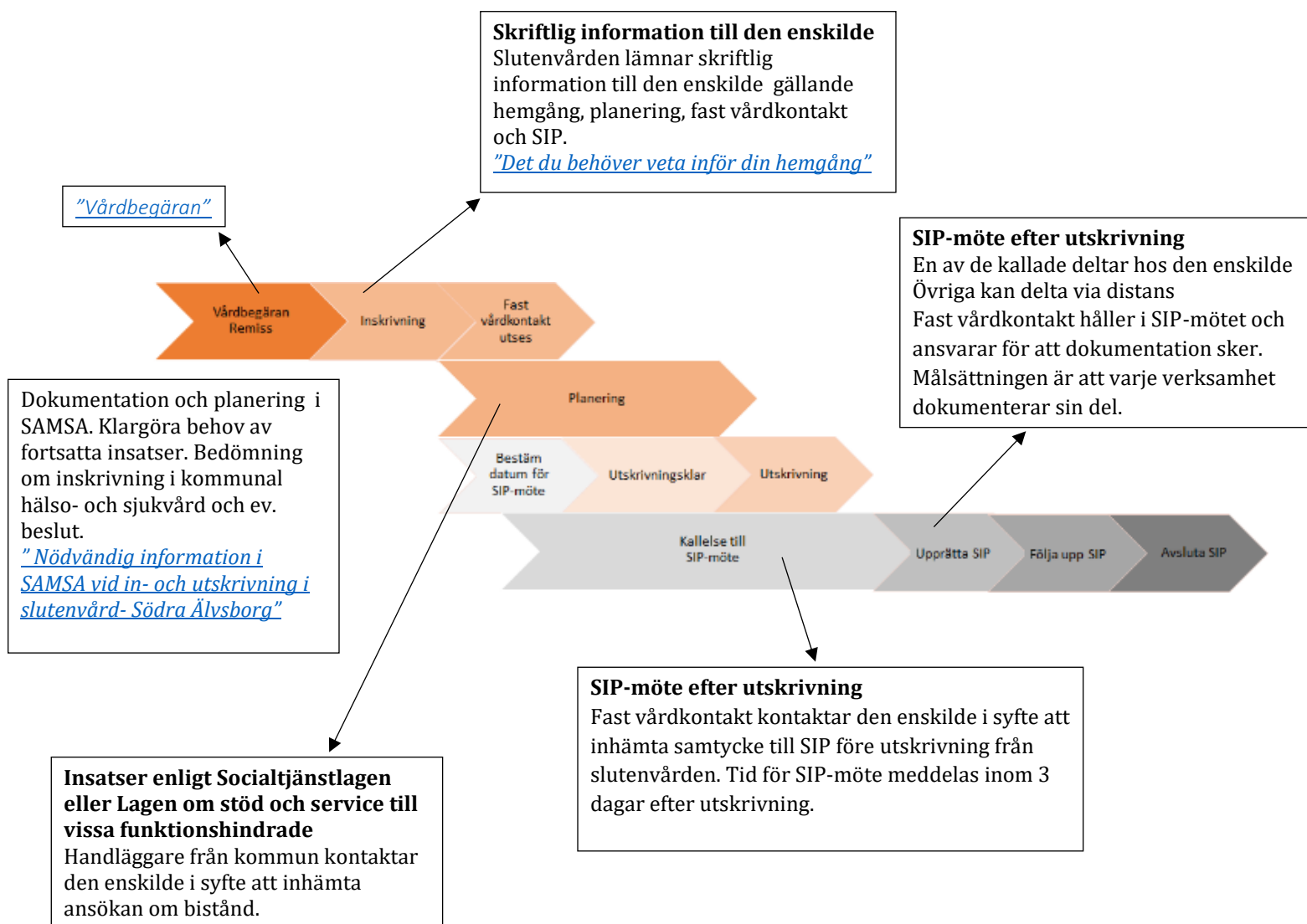
SIP-möte på sjukhus sker endast när det inte räcker med den kortsiktiga planeringen för den första tiden i hemmet för att säkra en trygg utskrivning. All medicinsk information bör framkomma innan ett SIP-möte på sjukhuset genomförs och det är allas ansvar att denna information finns i SAMSA. Beslut om inskrivning eller ej i kommunal hälso- och sjukvård ska tas innan SIP-mötet på sjukhuset genomförs.

Exempel när SIP-mötet kan behöva ske på sjukhus:

- Enskild som befinner sig i palliativt skede eller i neonatalvård
- Enskild med stora kognitiva besvär
- Enskild med svårare psykiatrisk problematik eller samsjuklighet
- Enskild där det finns risker för allvarlig försämring, suicid och skada som medför att det inte räcker med en kortsiktig planering för att trygga och säkerställa utskrivningen
- Enskild med stort förändrat vårdbehov där behov av samordning behöver göras innan utskrivning, exempelvis vid tracheostomi, andningsmaskin, nytillkomna kognitiva besvär vid t.ex. stroke eller enskild där flera specialistmottagningar är involverade.

- Det är ansvarig sjuksköterska/utskrivningskoordinator på sjukhuset som informerar den enskilde och vid behov anhörig om SIP-mötet när detta ska ske på sjukhuset.
- Den skriftliga informationen till den enskilde gällande utskrivning, planering, fast vårdkontakt och SIP finns som komplement i det häfte som lämnas när den enskilde skrivs in på sjukhuset.
- Det är fast vårdkontakt som erbjuder SIP och den enskildes svar dokumenteras i SAMSA. Om den enskilde tackar ja kallar fast vårdkontakt till SIP-mötet på sjukhuset. Detta sker i samråd med sjukhuset.

## 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

