Delregional tillämpningsrutin vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i SIMBA

Dokumenttyp
Styrdokument

Upprättat av
Arbetsgrupp SAMSA

Godkänt av
Samordningsgruppen

Uppdrag
Samverkan vid in- och utskrivning från slutenvård

Utfärdsdatum
2024-05-06

Datum för godkännande
2024-06-12

2024-12-06	(revidering)
2025-09-12	(revidering)
2025-12-18	(revidering)
2026-05-29	(revidering)

Innehåll

Inledning 3

Vårdbegäran och förberedd vårdbegäran 3

Skattning med Clinical Frailty Scale (CFS) 3

Huvudansvarig fast vårdkontakt 3

Ansvarsfördelning mellan Öppenvårdspsykiatrin och vårdcentralen för patienter som är aktuella inom Öppenvårdspsykiatrin 3

Vårdbegäran till kommunal hälso- och sjukvård 3

Bokning av planeringsträff 4

Genomförande 4

När planeringsträff behövs 4

Planeringsträff 4

Genomförande 5

Under planeringsträffen 5

SIP (samordnad individuell plan) inneliggande på sjukhus 5

Rehab 6

Vårdval rehabenhet 6

Dokumentationshänvisning 6

- Vårdbegäran 6
- Planering 7
- Administrativt meddelande 8

Inför utskrivningsklar 9

Öppendos 9

Checklista 9

Avvikelser och revidering 10

Hänvisning 11

Bilagor 11

Relaterade dokument 11

Inledning

Delregional tillämpningsrutin vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård utgår från de regionala riktlinjer och rutiner i Västra Götalandsregionen. Dokumentet syftar till att tydliggöra det delregionala arbetssättet i SIMBA avseende in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård och berör endast de delar som avviker eller kompletterar den regionala riktlinjen.

Länkar till regionala riktlinjer och rutiner finns sist i dokumentet.

Vårdbegäran och förberedd vårdbegäran

Skattning med Clinical Frailty Scale (CFS)

Information om skattningsresultat ska överföras till aktuella parter i IT-tjänst SAMSA när patienten akut eller planerat är i behov av slutenvård. I vårdbegäran under rubriken Hälso-tillstånd dokumenterar kommunal eller regional primärvård senaste skattningsresultat.

Huvudansvarig fast vårdkontakt

Ansvarsfördelning mellan Öppenvårdspsykiatrin och vårdcentralen för patienter som är aktuella inom Öppenvårdspsykiatrin

När en patient är inskriven i psykiatrisk heldygnsvård, och det finns en psykiatrisk öppen-vårdsmottagning inkopplad eller planerad, blir denna psykiatriska öppenvårdsmottagning huvudansvarig fast vårdkontakt och ska hantera de uppgifter som ingår i uppdraget som huvudansvarig fast vårdkontakt. När en patient är inskriven på en somatisk vårdavdelning är det vårdcentralen som ska hantera de uppgifter som ingår i uppdraget som huvud-ansvarig fast vårdkontakt, även om patienten är aktuell på en öppenvårdsmottagning inom psykiatrin.

Vårdbegäran till kommunal hälso- och sjukvård

Patienter som vid inskrivning i slutenvården sedan tidigare inte är inskriven i den kommunala primärvården bedömer slutenvården och fast vårdkontakt i öppenvården gemensamt om det eventuellt föreligger behov av insatser från den kommunala primär-vården efter utskrivning från slutenvården. Fast vårdkontakt i öppenvården skickar en vårdbegäran (öppenvårdsärende) till den kommunala primärvården så tidigt som möjligt i processen för bedömning.

För att vårdbegäran ska få skickas till den kommunala primärvården behöver ett samtycke från patienten finnas för den mottagande vårdgivarens räkning. Detta inhämtade samtycke

finns i SAMSA. Patienten ska erhålla skriftlig information för att tydliggöra vad samtycket omfattar, bilaga 1.

Den kommunala primärvården kvitterar och bedömer om inskrivning i kommunal primärvård är aktuellt utifrån frågeställning i vårdbegäran. Vid behov av komplettering ska ett administrativt meddelande skickas med tydlig information om vilken information som saknas. Informationen som efterfrågats fylls på i befintlig vårdbegäran. Om kommunal primärvård avslår vårdbegäran ska meddelande till vård och omsorg sändas där en motivering till beslutet framgår. Efter överenskommelse avslutar kommunal primärvård ärendet i SAMSA. Fast vårdkontakt meddelar avslag på vårdbegäran till slutenvården via SAMSA.

Bokning av planeringsträff

En planeringsträff kan utföras antingen via telefon, digitalt eller som en fysisk träff. Planeringsträff bör äga rum innan datum för planerat utskrivningsklar.

Genomförande



Om behov av planeringsträff föreligger ska lämplig mötesform bedömas samt att samtycke finns säkerställas.

När planeringsträff behövs

Öppenvård och socialtjänst får initialt samverka om tid för planeringsträff. När de är överens om tiden tar fast vårdkontakt i öppenvården kontakt med VPL-teamet på sjukhuset, via mail till teamets funktionsbrevlåda, ks.vardplaneringsteam@vgregion.se. Det är viktigt att det i mailet endast anges ett ärende per mail. Därefter återkopplar VPL-teamet, via mail, om den föreslagna tiden. Om tiden inte fungerar ger VPL-teamet förslag på närliggande möjliga tider. När överenskommelse nås om tid för planeringsträff skriver VPL-teamet in tiden i SAMSA. Patient och eventuell anhörig får meddelande om tid och plats för planeringsträff av vårdavdelningen när bokning är genomförd.

Planeringsträff

Målsättningen med en planeringsträff är att tillgodose den enskildes behov av trygghet genom möjlighet att ansöka om insatser enligt SoL/LSS samt vid behov inhämta samtycke för och bearbeta kallelse till SIP-möte. Om patienten sedan tidigare är inskriven i kommunal primärvård deltar berörd legitimerad personal på planeringsträffen. I ärenden där det under slutenvårdstiden framkommit ett eventuellt behov av insatser från den

kommunala hälso- och sjukvården sker deltagande i processen via SAMSA. Patienter i behov av SIP inneliggande omfattas inte av denna rutin.

För att patienten ska hinna förbereda sig är det viktigt att informationen lämnas i god tid inför planeringsträffen samt vilken dag behandlande läkare bedömt att patienten är utskrivningsklar. Som förberedelse inför planeringsträffen ska patienten erhålla skriftlig information, bilaga 2 samt bilaga 3.

Genomförande



Under planeringsträffen

Vid digitala planeringsträffar ska personal från den vårdavdelning där patienten vistas tillse att det finns fungerande teknik.

Personal från sjukhuset ska delta vid de fall där kommunikativt stöd för patienten föreligger. Information som behövs inför och under planeringsträffen ska respektive part ha tagit del av via SAMSA.

Som stöd vid planeringsträffen ska bilaga 4 användas. Varje part är noga med att informera om att den planering som görs enbart ska trygga övergången från sluten hälso- och sjukvård till annan vårdgivare eller bostaden, alltså en kortsiktig planering. Den långsiktiga planeringen kommer att ske en kort tid efter hemkomsten.

Biståndshandläggaren är ansvarig för, om den enskilde så önskar, att ansökan om insatser via SoL/LSS görs.

Fast vårdkontakt i öppenvården är ansvarig för att samtycke till SIP inhämtas och att förberedelse av kallelsen/inbjudan till SIP-mötet genomförs. I bilaga 3 finns förslag på frågor som underlättar förarbetet. Det är bra att redan nu bestämma datum, tid och plats för SIP-mötet. Patienten har beslutsrätt gällande alla punkter i kallelsen och den kan därför inte upprättas utan patientens delaktighet. Enligt samverkanslagen (2017:612) ska kallelse/ inbjudan till SIP-mötet skickas senast tre kalenderdagar efter att slutenvården skickat meddelande om utskrivningsklar.

SIP (samordnad individuell plan) inneliggande på sjukhus

Berörda verksamheter samt patient eller närstående kan identifiera behov av SIP inneliggande på sjukhus. Vid samtycke från patient dokumenterar fast vårdkontakt i öppen-

vården behov av SIP planeringsmeddelandet i SAMSA under rubriken *Patientens behov av vård och omsorg.* Arbetet fortlöper enligt regional SIP-riktlinje.

SIP-mötet kan genomföras digitalt eller fysiskt på sjukhuset och ska anpassas efter patientens behov. Fast vårdkontakt i öppenvården ska i samråd med den enskilde och övriga berörda parter utföra samtliga förberedelser inför SIP-mötet även om mötet genomförs på sjukhuset. Fast vårdkontakt i öppenvården samverkar med sjukhusets representant om tid för möte och skickar därefter inbjudan till SIP i SAMSA. Fast vårdkontakt ansvarar också för att meddela den enskilde och närstående samt övriga berörda parter om tid och plats för SIP-möte.

Rehab

Vårdval rehabenhet

Slutenvården ansvarar för att korrekt vårdval rehabenhet läggs till som samverkanspart i SAMSA. När patienten är inskriven i kommunal primärvård ska inte vårdval rehab läggas till i SAMSA. Ju tidigare rehab får kännedom om patienten desto bättre förutsättningar för att ärendet kan börja bevakas i ett tidigt skede.

Dokumentationshänvisning

Nedanstående rubriker är processteg i in- och utskrivningsprocessen från sluten hälso- och sjukvård. Vid varje processteg som berör rehab tydliggörs vilken verksamhet som ansvarar för vad genom följande färgkodning:

Rehabenheten Kungälvs sjukhus

Rehabenheterna inom vårdvalet

Kommunala rehabenheter

- **Vårdbegäran**

Skrivs på de patienter som är inskickade av vårdpersonal i kommun eller primärvård när vårdval rehab redan gjorts.

Rehab dokumenterar under rubriken *rehabiliteringsinsats*:

- aktuell information kring förflyttningar, hjälpmedel, träning, bostadsanpassning
- dokumenterar *ej känd* vid icke pågående insatser
- signera med namn och yrkeskategori

- **Planering**

Vårdval/NPÖ

Sjuksköterska på vårdavdelning eller i vårdplaneringsteamet på Kungälvs sjukhus lägger till aktuell vårdval rehabenhet samtidigt som de dokumenterar om patienten godkänner samtycke till NPÖ.



- om vårdval rehabenhet ej är tillagt ska rehab i slutenvården, i de ärenden de är inkopplade på, lägga till aktuellt vårdval rehabenhet som part.
- rehab i slutenvården dokumenterar under flikarna *Patient/Ansvar* i planeringen.



- om vårdval rehab ej är tillagt kan Fast Vårdkontakt lägga till aktuellt vårdval rehabenhet alternativt skicka ett administrativt meddelande som påminnelse till slutenvården att fråga patienten och därefter lägga till vald part till ärendet.



- rehab i kommun och vårdval rehab dokumenterar under *Ansvar.*

Patient



Dokumentera under rubriken Rehabiliterings-/habiliteringsåtgärd:

- dokumentera om rehab planerar att göra en bedömning samt datum när anteckning är gjord

Efter bedömning är utförd dokumenteras följande som är aktuellt och här kommer några exempel:

- ADL
- Köksbedömning
- Kognition
- Förflyttning i/ur säng
- Uppresning
- Fallrisk
- Förslag till tänkbara hjälpmedel vid hemgång
- Fortsatt rehab behov
- Erhållit träningsprogram
- Klarar träningen själv eller behov av hjälp tex påminnelse eller utförande
- Rehabs rekommendation på hur ofta träningen ska utföras
- Tydlighet vid ev. restriktioner
- Signera med namn och yrkeskategori

- Trappbedömning (om patient har trappa i bostad)
- Information om bostaden inklusive trappinformation
- Information om tex avgipsning, gåskola, återbesök
- Behöver rehab i kommun/primärvård följa upp patienten samma dag eller skyndsamt, boka in hembesök.

Ansvar



Dokumentera under rubrikerna Planerad rehabiliteringsinsats efter denna vårdkontakt och Förskrivning av hjälpmedel.

Dokumentera följande direkt efter att planeringsträff ägt rum för att alla parter ska få rätt information i god tid:

- aktuellt med kommunal primärvård
- datum och tid för planerat hembesök av rehab
- signera med namn och yrkeskategori

Överrapportering



Behov av eventuell uppföljning dokumenteras i SAMSA under *Planerad rehabiliteringsinsats efter denna vårdkontakt*.

Om hjälpmedel förskrivs från sluten hälso- och sjukvård ska det anges under *förskrivning av hjälpmedel*.

Specifika träningsprogram som frångår generella standardiserade träningsprogram bifogas i SAMSA för de patienter som bedöms vara i behov av kommunal primärvård.

- **Administrativt meddelande**



Vid frågor ska ett administrativt meddelande skrivas. Om meddelandet är riktat enbart till rehab ska ”rehab” skrivas som överskrift i meddelandet. Den part som meddelandet är ställt till svarar på meddelandet att ”svar finns i Planeringsmeddelande”. Slutenvården skriver i *Planerad rehabiliteringsinsats efter denna vårdkontakt och Förskrivning av hjälpmedel* och övriga parter svarar i *Ansvar*.

Inför utskrivningsklar

Öppendos

När en patient behöver Öppendos för att kunna skrivas ut lägger ansvarig vårdcentral upp patienten i PASCAL med de uppgifter som behövs. Sjukhuset fyller sedan i alla läkemedel som finns i aktuell läkemedelslista som används på sjukhuset och bockar i ruta för akut-beställning.

Checklista

Alla verksamheter kan öppna checklistan i SAMSA men det är fast vårdkontakt som ansvarar för att det finns en checklista upprättad i samtliga ärenden. Checklistan ska i samband med att information tillgängliggörs fyllas i av berörda verksamheter.

Sjukhuset lämnar all viktig information om patientens vård och fortsatta behov i meddelande ”Planering”. Checklistan ska vara ifylld avseende att nödvändig information är lämnad och därefter skyndsamt[1] bekräftas mottagen av samtliga berörda verksamheter innan patienten kan göras utskrivningsklar i SAMSA. Berörda verksamheter är skyldiga att i checklistan efterfråga kompletterande information om detta saknas och anses väsentligt för att på ett tryggt och säkert sätt ta emot patienten i hemmet. När komplettering begärts och mottagits ska Checklistan uppdateras från ”komplettering krävs” till ”bekräftad”.

Hemgångsplanering med datum ska noteras i Checklistan och kan fyllas i av samtliga berörda parter efter samråd med mottagande part. Slutenvården ansvar för att meddela patienten, och eventuellt närstående, om datum och tid för utskrivning från slutenvården.

---

1 Skyndsamt innebär, utifrån att samtliga verksamheter är skyldiga att kontrollera SAMSA tre gånger dagligen, att om Kungälvs sjukhus förmedlar all information och anser att man fyllt i allt som ingår i checklistan före kl. 12.00 så ska respektive mottagande part senast före dagens slut bekräfta i checklistan att all nödvändig information har mottagits eller ange vad som saknas för att informationen ska vara komplett. Om inte detta görs från alla parter ”så kan sjukhuset gå vidare med att skicka meddelandet om utskrivningsklar” efter dagens slut.

Om någon part i stället anger att ytterligare information saknas på eftermiddagen, startar en ny tidsperiod. Om sjukhuset kompletterar med den efterfrågade informationen samma eftermiddag gäller att övriga parter ska bekräfta detta i checklistan senast kl. 12.00 nästkommande dag. Om inte detta görs från alla parter ”så kan sjukhuset gå vidare med att skicka meddelandet om utskrivningsklar” efter klockan 12.

Avvikelser och revidering

Avvikelser i samverkan registreras i MedControl PRO. Eventuell revidering av denna tillämpningsrutin utförs efter behov.

Hänvisning

Bilagor

Bilaga 1: Patientinformation Samtycke för samverkan vid utskrivning SIMBA.pdf

Bilaga 2: Patientbroschyr/Folder: Det du behöver veta inför din utskrivning SIMBA.pdf

Bilaga 3: Inför SIP, Samordnad individuell plan SIMBA.pdf

Bilaga 4: Stödstruktur planeringsträff inför hemgång SIMBA.pdf

Relaterade dokument

Länsgemensam riktlinje om in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Västra Götaland (vgregion.se)

Länsgemensam rutin om in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Västra Götaland.pdf

Överenskommelse om samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (vgregion.se)

Länsgemensam riktlinje för samordnad individuell plan, SIP i Västra Götaland

Avvikelse-händelsehantering i samverkan (2020-12-04).pdf

Processkarta In- och utskrivningsprocessen (2020-02-13).pdf