



**Vår gemensamma  
patient och brukare**

vårt gemensamma uppdrag

# Dagens utbildning

- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
- Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Gävleborg
- Samordnad individuell plan (SIP)
- Gemensamt göra patienten till en aktiv huvudperson



# Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Gävleborg



Vår gemensamma  
patient och brukare  
vårt gemensamma uppdrag



# Bakgrund

Hösten 2017 genomfördes utbildning för ca 1500 medarbetare.

Blandade grupper för att få ökad förståelse för varandras ansvarsområde och därmed säkra patientens behov i hela processen.

## **Steg 2- dagens utbildning**

Medarbetare från specialistmottagningar, akut-/jourmottagningar och socialtjänstens individ- & familjeomsorg (IFO).



# Arbetsgrupp Psykiatri

## Bakgrund

Lagen gäller f o m 1 januari 2018, men med undantag gällande fristdagar (30 kalenderdagar per individ) för utskrivningsklara

F o m 1 januari 2019 gäller alla delar i lagen och Överenskommelsen lika för alla patienter

## Uppdrag

Att under 2018 tillämpa Överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård och att hitta samarbetsformer kring patienter med psykiatrisk diagnos

Att identifiera om nya rutiner behöver upprättas

Behövs komplettering av nuvarande överenskommelse?



# Styrdokument

- Ny lag gäller fr o m 1/1-2018  
**Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård**
- En länsgemensam överenskommelse finns sedan 1/1-2018



# Stöd som finns för nytt arbetssätt

**Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Gävleborg**

**Kompletterande rutiner:**

Samverkan vid utskrivning från slutet hälso och sjukvård samt hantering i Lifecare SPU

Samordnad Individuell Plan samt hantering i Lifecare SIP

Ankomstsamtal med patient/närstående vid inskrivning på sjukhus, ny

**Beskrivning Resfria möten (Skype)**

**Manualer/Användarhandledning**

Lifecare SPU + SIP, Administrationshandledning SPU + SIP

**E-learning**

Lifecare SPU + SIP

**Frågor – svar: Ny lagstiftning och Lifecare**



Vår gemensamma  
patient och brukare

vårt gemensamma uppdrag

# Syfte med delutredningen om utskrivning från slutenvård

Syftet med översynen: åstadkomma en god vård där ledtiderna mellan slutenvård och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och onödig vistelse på sjukhus så långt möjligt kan undvikas.

- **Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård (SOU2015:20)**

Delutredning inom effektiv vård, underlag till den nya lagen



**Göran Stiernstedt**, nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso-och sjukvården (SOU 2016:2)



Vår gemensamma patient och brukare  
vårt gemensamma uppdrag



# Bakgrund till ny lag

Mer av hälso- och sjukvården har flyttat ut från sjukhusen. Förskjutning har skett till den öppna vården.

- Halverade vårdplatser på 20 år
- Mycket förkortade vårdtider

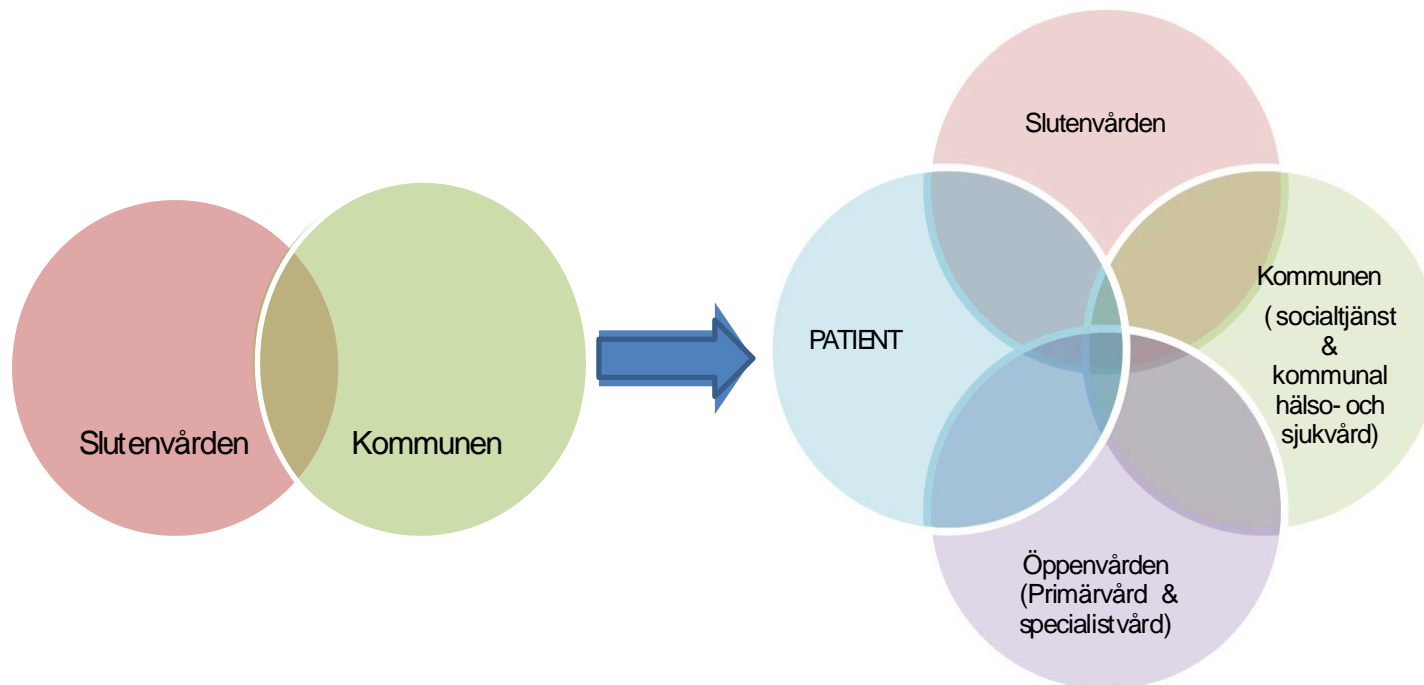
Nya lagen trycker på **S A M V E R K A N** och *patientens delaktighet*

Alla parter ska samverka och löpande planera fr o m inskrivningen. Det gäller slutenvård, landstingets öppna vård, kommunernas socialtjänst och/eller sjukvård i dialog med patienten. Planeringen ska vara en process som följer patienten i både slutet och öppen vård.



# Nya lagen

- Syftet är att sätta fokus på samverkan, ge trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg samt göra patienten och anhöriga mer delaktig
- **Tillsammans med patienten** ska två tidigare aktiva parter bli fyra



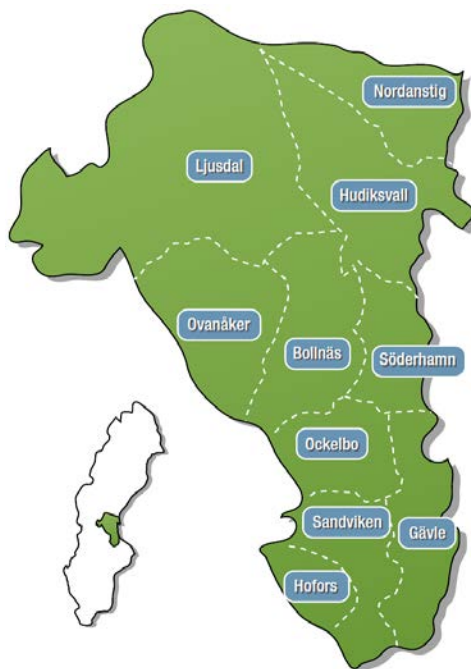
# Målgrupp

Målgruppen är enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården.



# Målbild Gävleborg

- Mål för hela utskrivningsprocessen är att en patient, när alla samverkat och tagit sitt ansvar för planering, skrivs hem samma dag som patienten är utskrivningsklar oavsett vilken boendeform patienten har eller behöver.
- Patienter ska bara vara på sjukhus när de behöver det av medicinska skäl.



# Huvudprinciper för samverkan Gävleborg

## ❖ Den enskildes livskvalitet står i centrum för överenskommelsens parter.

- Vård- och omsorg utgår från den enskildes behov och situation
- Patientens och närståendes resurser tas tillvara genom en god dialog

## ❖ Huvudmännen är varandras förutsättningar för att åstadkomma goda insatser ur ett helhetsperspektiv för den enskilde. Förhållningssätt:

- Positiv samspelskultur råder
- Tillit till varandra präglar möten och andra kontakter på alla nivåer
- Förtroende finns för varandras kompetens
- Insatser som ska ges av annan huvudman utlovas inte
- Lojalitet mot fattade beslut och gällande rutiner är en självklarhet





# Utskrivningsprocessen enligt den nya lagstiftningen

Planerat datum för utskrivning



Utses av öppenvården

Bedömning av läkaren i slutenvården

Till berörda enheter och till patienten

Senast tre dagar efter UK

Kan ske på sjukhuset eller i hemmet



- ✓ Riktlinjer och rutiner
- ✓ Gemensamt ansvar
- ✓ Tillit och förtroende
- ✓ Samordning av insatser

2017-06-13

Avdelningen för vård och omsorg

10



# Definition utskrivningsklar

*En patient är utskrivningsklar om han eller hon av den behandlande läkaren inte längre bedöms behöva vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård.*

*Lag (2003:193).*



# Ankomstsamtal

## Ankomstsamtal vid inskrivning i slutenvård. Rutin - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

### Innehåll

1. Syfte och omfattning .....	1
2. Allmänt .....	1
3. Ansvar och roller .....	2
3.1. Verksamhetschefer .....	2
3.2. Vårdenhetschef .....	2
3.3. Sjuksköterska på vårdavdelning .....	2
3.4. Sjuksköterska på akutmottagning .....	2
3.5. Läkare på slutenvårdsavdelning .....	2
4. Beskrivning .....	2
4.1. Ankomstsamtals syfte .....	2
4.1. Planerad inskrivning .....	3
4.2. Oplanerad inskrivning .....	3
4.3. På vårdavdelning efter ankomstsamtal .....	3
5. Plan för kommunikation och implementering .....	3
6. Dokumentinformation .....	3
7. Referenser .....	4

## 1. Syfte och omfattning

Syftet med denna rutin är att tydliggöra ansvar och metodik för ankomstsamtal med patient/närstående vid inskrivning i sluten vård. Mall för samtalet ([klicka här](#)). Rutinen gäller för ankomstsamtal med patient/närstående vid både oplanerad och planerad inskrivning i all sluten vård i Gävleborgs län. Patienten/närstående ska ha möjlighet att aktivt delta i planering och genomförande av sin vård.

## 2. Allmänt

Personcentrerad vård utgår från patientens berättelse, upplevelse av situationen och individens förutsättningar, och är ett förhållningssätt som används för arbete i Region Gävleborg.

Från 1 jan 2018 gäller Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Samverkan och utskrivningsplanering ska starta





# ALLT DU BEHÖVER VETA INNAN DU ÅKER HEM FRÅN SJUKHUSET



Vår gemensamma  
patient och brukare  
vårt gemensamma uppdrag

# Vad är nytt i lagstiftningen?

- Inskrivningsmeddelande
  - Inom 24 timmar
  - Initierar löpande planering med patient/anhöriga delaktiga
  - Beräknat datum för utskrivning
- Patientens fasta vårdkontakt utses/säkerställs innan utskrivning.
  - Landstingsfinansierade öppenvården – HC
  - Inom specialistvården när patienten följs där,
  - Hemsjukvård el. särskilt boende
- Planering för utskrivning görs löpande av samtliga under sjukhusvistelsen. Patienten är en viktig delaktig och aktiv part.
- Åtgärder vid utskrivning
  - Utskrivningsmeddelande samma dag som utskrivning
  - Skriftlig information till patienten
  - Informationsöverföring vård
  - SIP (Samordnad individuell plan) är verktyget för den gemensamma planeringen och har ersatt "vårdplaneringen" i gamla lagen (BAL). Den fasta vårdkontakten har kallelseansvaret till SIP. Kallelse inom 3 dagar från meddelande om utskrivningsklar.



# Vad är specifikt i länets överenskommelse?

- Inskrivningsmeddelande till kommunal hälso- och sjukvård om patienten redan har hemsjukvård. I dessa fall är det den ansvariga sjuksköterskan som är fast vårdkontakt i kommunen och har ansvar för att kalla till SIP.
- Vem som helst kan påtala behov av SIP före utskrivning. Ansvar att kalla ligger på fast vårdkontakt.



# Aktuella utvecklingsområden

- **Patienten/brukaren som medaktör**  
Ankomstsamtal, patientfolder, välja fast vårdkontakt, delta i sina SIP-möten
- **Beräknad tidpunkt för utskrivning. Träffsäkerhet**  
Ändring har stor påverkan på alla
- **Namn på fast vårdkontakt**  
Utses före utskrivning om patienten inte redan har en
- **Kallelse i enlighet med lagen till SIP-möte på tid och plats som är bäst för individen**
- **Patient/brukare får sin egen SIP upprättad och planen följs upp.**  
Stödsystem Lifecare SIP används.





# NU!

## Gemensamt göra patient och brukare till aktiv huvudperson

- Patienten inbjuds att aktivt samverka och vara delaktig i sin egen vårdprocess
- Patienten får en fast vårdkontakt
- Patienten får egen samordnad individuell plan, SIP



# Löpande planering

När inskrivningsmeddelandet kommit ska alla mottagande enheter börja sin löpande planering inför patientens utskrivning och dokumentera planeringen i Lifecare.

Målet är att varje part förbereder de insatser som är nödvändiga för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna slutna vården.

Alla enheter har ansvar

Använda den teknik som finns tillgänglig



# Planeringsunderlag i Lifecare

- Underlaget är viktigt för varje parts löpande planering
- Alla ger sina svar så fort som möjligt och uppdaterar efterhand.  
Frågorna kommer att utvecklas
- Utöver: svaren leder till en färg, som kan användas som vägledning för den fasta vårdkontaktens bedömning och planering
  - OM SIP-möte ska göras
  - NÄR SIP-mötet är bäst för individen
  - VAR SIP-mötet är bäst för individen att genomföra



# Färg som stöd för FVK, inte styrande, individuell bedömning gäller alltid

- **Blå**

Endast behov av insatser från socialtjänsten. Inget behov av samordning = ingen SIP

- **Grön**

Har insatser sedan tidigare som vid utskrivning är oförändrade

Om SIP saknas ska sådan upprättas efter utskrivning. Om SIP finns ska den uppdateras.

Kräver ingen akut samordning efter utskrivning. SIP-mötet kan ske i hemmet 1-3 veckor efter utskrivning

- **Gul**

Behov av nya/förändrade insatser/åtgärder

Med eller utan tidigare upprättad SIP

Upprätta eller följa upp SIP i nära anslutning till hemgång, inom en till sex dagar

- **Röd**

Behov av omfattande och/eller nya förändrade insatser/åtgärder

Med eller utan tidigare upprättad SIP

Behov av att inleda SIP-processen i direkt anslutning till hemgång, eller på sjukhus





# Information till patienten vid utskrivning

- Sammanfattning av den vård och behandling som getts under vårdtiden
- Information om befintliga planeringar för vård och omsorg efter utskrivningen
- Om det är aktuellt: information om vem som är utsedd fast vårdkontakt och
- Tidpunkt för när samordnade individuella vårdplaneringen ska genomföras. Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den i stället om möjligt lämnas till företrädare/närstående



# Vårdens informationsöverföring

- Slutanteckning (epikris) är tillgänglig för berörda samma dag som patienten är utskrivningsklar
- Aktuell läkemedelslista är tillgänglig för berörda samma dag
- Läkaransvar för fortsatt behandling efter utskrivning tydliggörs



# Samordnad Individuell Plan (SIP)

Lag från 1 januari 2010

I HSL och SoL har införts likalydande bestämmelser om att landsting och kommun **tillsammans** ska upprätta en samordnad individuell plan **när den enskilde har behov** av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvård

Lagstiftningen har ett tydligt individperspektiv

(16 kap 4§HSL, 2kap 7§SoL)



Vår gemensamma  
patient och brukare  
vårt gemensamma uppdrag

# Syfte med samordnade individuella planeringen

- Tidigt erbjuda patient och brukare samordnade insatser
- Identifiera vad individen behöver – vad är viktigt för dig?
- Samordna insatser mellan verksamheter
- Försäkra sig om att såväl närstående som verksamheter känner till vilka insatser som pågår eller planeras
- Lättare kunna följa den enskildes framsteg
- Säkerställa att den enskildes och närståendes behov av stöd blir tillgodosett



# SIP i nya lagstiftningen

- Behövs insatser från både landsting och kommun, ska en samordnad individuell planering genomföras, även om den bara omfattar ett lagrum
- För att planen ska upprättas behövs patientens samtycke
- Fast vårdkontakt ska skicka kallelse till samordnad individuell planering senast tre dagar efter meddelande om utskrivningsklar
- Bedömning av när och var planering ska genomföras ska göras utifrån patientens behov. Om patienten vill genomföra den samordnade individuella planeringer i sin bostad bör det eftersträvas



# Samordnad individuell planering leder fram till patientens samordnade individuella plan (SIP)

Parterna ska vid planeringen upprätta personens samordnade individuella plan (SIP). SIP ska ses som resultat av en process och planen ska anpassas efter individens skiftande behov över tid.

Undantagsvis kan det vara nödvändigt med en samordnad individuell planering från landsting och kommun redan under patientens vistelse i slutenvård, men oftast genomförs samordnad individuell planering efter utskrivningen.

Personen får sin skrivna plan inom 3 dagar



# Samordnad Individuell Plan samt hantering i Lifecare SIP - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

## Innehåll

1.	Syfte och omfattning .....	2
2.	Allmänt.....	2
3.	Ansvar och roller.....	3
3.1.	Hälso- och sjukvårdsdirektör Region Gävleborg .....	3
3.2.	Socialchef/förvaltningschef i respektive kommun.....	3
3.3.	Hälsovalschef .....	3
3.4.	Sjukhuschef Bollnäs .....	3
3.5.	Berörda verksamhetschefer för hälso-och sjukvård inom Region Gävleborg och länets tio kommuner.....	3
3.6.	Berörda medarbetare .....	3
4.	Beskrivning .....	4
4.1.	Initiering av samordnad individuell plan, SIP .....	4
4.1.1.	Initiering av individen.....	4
4.1.2.	Initiering i samband med utskrivning från slutenvård.....	4
4.2.	Avläsningstider Lifecare SIP .....	4
4.3.	Samtycke .....	4
4.3.1.	Samtycke från barn .....	4
4.3.2.	Samtycke i Lifecare SIP .....	4



## SIP-översikt



Filter aktivt. Visar 6 pågående SIP:ar



## Enhet

Andersberg Din hälsocentral

## Datum fr.o.m



## Datum t.o.m



## Status

 Pågående Avslutade Alla Planerade möten Paus Bevakning

## Samordnadsansvarig

## Person

## Hemsjukvård

 Alla Ja Nej

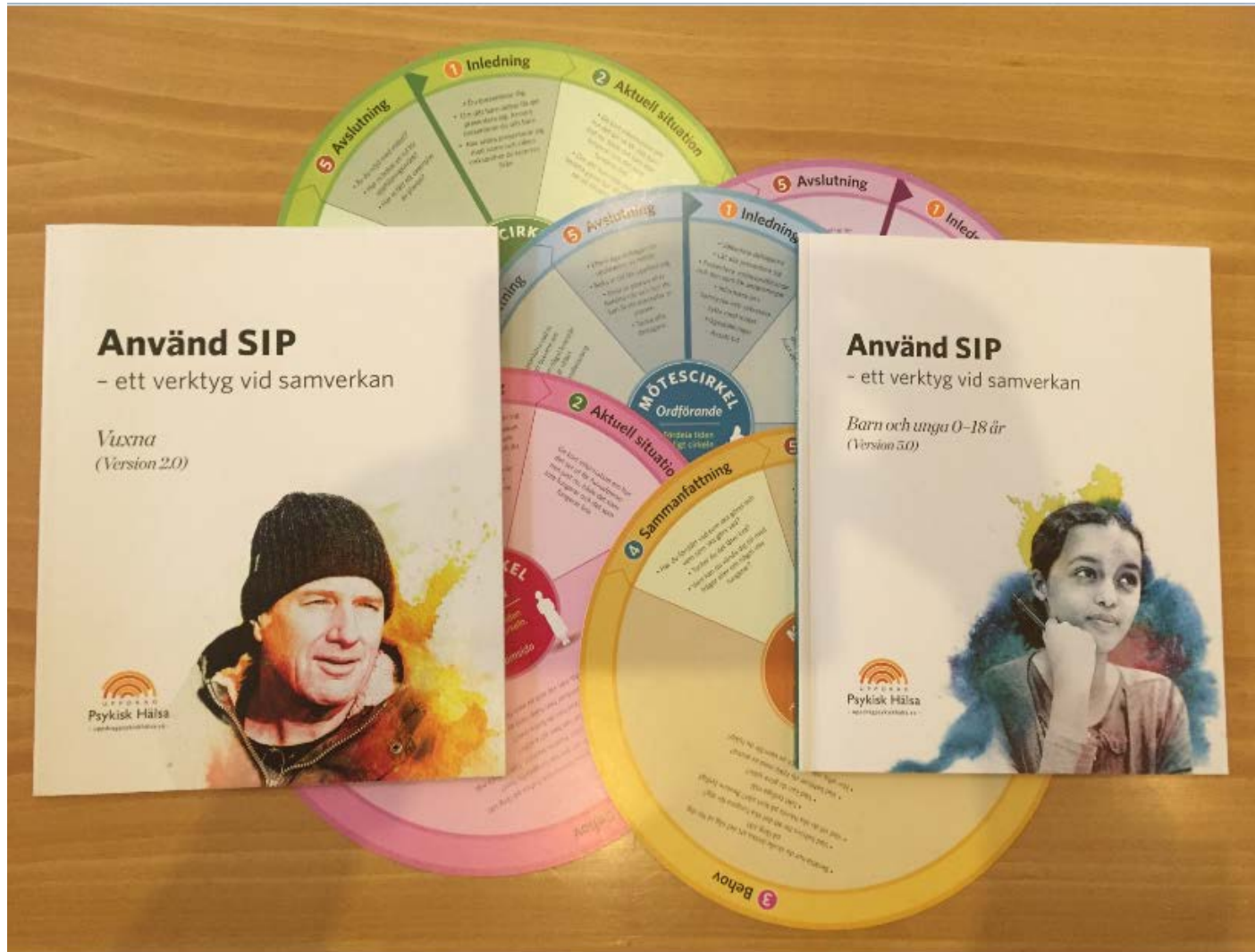
Personnummer	Namn	Start underlag	Start SIP	Mötesdatum	Paus	Hemsjukvård	Avslutad datum	Senast ändrad	Kallelse skickad	Åtgärder
19410321-2512	Grodan Boll	2018-02-01	2018-02-01	2018-02-12	Nej	Nej		2018-05-31	2018-02-01	





- Lifecare – SIP som en del i SPU-processen
- Lifecare - SIP Öppenvårdsprocessen

# Material från SKL



# Delaktighet i arbetet med SIP

Barns och vårdnadshavares delaktighet i arbetet med SIP är viktigt, här finns material som innehåller tips och råd kring delaktighet.



## Barn och ungas delaktighet

### SIP

På gång inom SIP

SIP, vuxna i arbetsför ålder +

SIP, äldre i behov av samordnade insatser

SIP, barn och unga -

SIP i förskolan och skolan

**Delaktighet i arbetet med SIP**

SIP för asylsökande och nyanlända

Utbildningar i SIP +

Mötescirkel att använda vid SIP-möten +

Följ upp och utvärdera

# Gemensam satsning kommun och region gällande SIP

Länsledning Välfärd har utsett en person som nu ska samordna arbetet med SIP-processen i länet

# Samverkanswebben

Under Samverkanwebben finns direktlänken till kommun- och regionsamverkan med aktuella samverkansdokument, som avtal, överenskommelser, riktlinjer och rutiner som rör detta arbete.

[www.regiongavleborg.se/kommunregionsamverkan](http://www.regiongavleborg.se/kommunregionsamverkan)  
(direktlänk)



# TACK & lära mer....

Gå gärna själv igenom

- Bilagor kring planeringsprocessen, finns i överenskommelsen
- Flödesbild från SKL
- Surfa runt på Samverkanswebbens olika delar som berör samverkan runt gemensamma personer
- SIP: ta del av fakta på SKLs hemsida, [SKL:s SIP-sida](#)

Bildspelet från denna utbildning ligger på Samverkanswebben.



**1****Inskrivnings-  
meddelande**

- Skickas inom 24 timmar och anger bl.a. en beräknad tidpunkt då patienten kan skrivas ut.
- Berörda enheter (gäller båda huvudmännen) tar kontakt med den enskilde och med slutenvården, börjar utreda och planera fortsatta insatser.
- Verksamhetschef utser fast vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården (om patienten inte redan har en sådan)

**2****Underrättelse  
att patienten är  
utskrivningklar**

- Berörda enheter tar över ansvaret så snart som möjligt efter att de fått underrättelsen så att patienten kan lämna slutenvården på ett tryggt och patientsäkert sätt.
- Fast vårdkontakt ska skicka en kallelse till samordnad individuell planering inom tre dagar efter underrättelse om att patienten är utskrivningsklar.
- För patienter som skrivs ut till öppen psykiatrisk tvångsvård ska underrättelse till berörda enheter göras enligt 7 a § LPT

**3****Informations-  
överföring vid  
utskrivning**

- Senast samma dag som patienten lämnar slutenvården ska information överföras till berörda enheter.
- Patienten får skriftlig information.
- Samordnad individuell planering med berörda enheter genomförs när det är mest optimalt för patienten. Det kan vara före det att patienten lämnar slutenvården men även efter. Om patienten vill genomföra den samordnade individuella planeringen i sin bostad bör det eftersträvas.





	DAG 1 INSKRIVNINGSDAG	SJUKHUSVISTELSE		DAG 0 UTSKRIVNINGSKLAR
<b>Patient, närstående</b>	Delges inskrivningsmeddelandet tillfrågas om fast vårdkontakt och fast läkare	Löpande dialog	Löpande dialog	Underrättas om utskrivningsklar och fast vårdkontakt Har genomfört eller kallas till SIP, har fast vårdkontakt. Får skriftlig information
<b>Sluten vård</b>	Inskrivningsmeddelande anger beräknad utskrivningsdag	Löpande dialog med patient och ex öppenvård socialtjänst hemsjukvård	Löpande dialog med patient och ex öppenvård socialtjänst hemsjukvård	Underrättelse att patienten är utskrivningsklar Patienten skrivs ut - överföring av information. Patienten får skriftlig information
<b>Kommun Hemsjukvård</b>	Utredar, beslutar, planerar	Löpande dialog med patient, slutenvård och öppenvård	Löpande dialog med patient, slutenvård, öppenvård och socialtjänst	Löpande dialog med patient, slutenvård, öppenvård och socialtjänst Patienten tas emot. Löpande dialog med patienten och berörda enheter
<b>Kommun Socialtjänst*</b>	Inskrivningsmeddelandet hanteras som en anmälan om behov av stöd	Dialog med patient. Uppger behov av stöd=ansökan. Utredar, beslutar, planerar	Löpande dialog med patient, slutenvård, öppenvård och kommunal hemsjukvård	Löpande dialog med patient, slutenvård, öppenvård och kommunal hemsjukvård Personen tas emot. Löpande dialog med den enskilde och berörda enheter
<b>Öppenvård</b>	Utser fast vårdkontakt - planerar	Löpande dialog med patient och slutenvård och socialtjänst hemsjukvård	Löpande dialog med patient och slutenvård och socialtjänst hemsjukvård	Löpande dialog med patient och slutenvård och socialtjänst hemsjukvård Patienten tas emot. Fast vårdkontakt ska vara utsedd. Om SIP inte gjorts ska kallelse skickas inom 3 dagar från utskrivningsklar

\*Socialtjänst: Med socialtjänst avses insatser för en enskild enligt författningarna om socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade samt insatser enligt de särskilda författningarna om vård utan samtycke av unga eller missbrukare. (lagtext).





# PLANERINGSPROCESSEN, BEROENDE PÅ DEN ENSKILDE PATIENTENS

## INSATSER EFTER UTSKRIVNING

	Har eller behöver insats från	Skicka Inskrivningsmeddelande	Berörda enheter	Utse fast vårdkontakt	SIP ska upprättas / följas upp	Skicka utskrivningsklar meddelande	Ersättnings skyldighet kan bli aktuell
--	-------------------------------	-------------------------------	-----------------	-----------------------	--------------------------------	------------------------------------	--

A	Ingen insats efter slutenvård	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
B	Enbart landstingets öppna vård	JA, om läkare bedömer det	NEJ	NEJ	NEJ	JA, om inskrivningsmeddelande skickats	NEJ
C	Enbart socialtjänst, exklusive kommunal hälso-/sjukvård	JA	Socialtjänst	NEJ	NEJ	JA	JA
D	Enbart inskriven i kommunal hemsjukvård	JA	Kommunal hemsjukvård Landstingets öppna vård	JA	JA	JA	JA
B C	Landstingets öppna vård & socialtjänst, utan hälso-/sjukvård	JA	Landstingets öppna vård Socialtjänst	JA	JA	JA	JA
C D	Socialtjänst & inskriven i kommunal hemsjukvård	JA	Socialtjänst Kommunal hemsjukvård Landstingets öppna vård	JA	JA	JA	JA
E	Socialtjänst inklusive kommunal hälso- och sjukvård (ex särskilt boende)	JA	Socialtjänst inkl. kommunal hälso-/sjukvård Landstingets öppna vård	JA	JA	JA	JA

Förtydligande Tabellen beskriver endast delar av processen runt enskilda patienter, med syfte att beskriva vilka parter som berörs och moment som krävs beroende på vilka insatser som är aktuella för den enskilde efter utskrivning.

**Patient A omfattas ej av lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård.**

**Av totala antalet inskrivna patienter tillhör ca 95 % kategori A och B, medan övriga ca 5% kategorier patienter tillhör dem där kommunen är berörd part.**