

# Riktlinje – Samordnad vårdplanering vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

---

## Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Målgrupp .....	1
Lagen, överenskommelsen och processen ska främja .....	1
Sammanfattning av den nya lagen – Jönköpings län .....	1
1. Inskrivningsmeddelande och Vårdtidsplanering .....	2
Slutenvård .....	2
Kommun .....	2
Vårdcentral.....	2
Vårdtidsplanering – beräknad dag för utskrivning.....	3
Slutenvård .....	3
Kommun .....	3
Vårdcentral.....	3
2. Initiera och kalla till Samordnad vårdplanering (SVPL) .....	3
Slutenvård .....	4
Vårdcentral.....	4
Kommun .....	5
3. Utskrivningsmeddelande.....	5
Slutenvård .....	5
Vårdcentral.....	6
Kommun .....	6
4. Samordnad vårdplanering och Samordnad individuell plan .....	7
Vårdcentral.....	7
Kommun .....	7
Slutenvård .....	7
5. Uppföljning av SIP.....	7
Vårdcentral.....	7
Kommun .....	8
6. Avsluta ärendet i Link .....	8
Slutenvården .....	8

Vårdcentralen.....	8
Kommunen .....	8

## Inledning

Processen för samordnad vårdplanering är framtagen av kommunerna i Jönköpings län och Region Jönköpings län, utifrån lagen om *Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård*.  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran\\_sfs-2017-612](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612)

Processen gäller från och med 2018-01-15 som en del i en överenskommelse mellan länets kommuner och Region Jönköpings län.

## Målgrupp

Processen gäller för personer i alla åldrar, som efter utskrivning från slutet vård behöver insatser från socialtjänst, och/eller den kommunalt finansierade hälso-och sjukvården och/eller den landstingsfinansierade öppna vården.

## Lagen, överenskommelsen och processen ska främja

- trygg och säker vård och omsorg för personer som efter utskrivning från slutet hälso- och sjukvård behöver insatser från både kommunen och Region Jönköpings län
- ökad samverkan mellan vårdgivare
- att utskrivningsklara personer kommer hem så snart som möjligt
- att onödig vistelse på sjukhus undviks så långt som möjligt

## Sammanfattning av den nya lagen – Jönköpings län

- Inskrivningsmeddelande

*Enligt lagen ska inskrivningsmeddelande med förväntad tidpunkt för utskrivningskickas inom 24 timmar efter att patienten har skrivits in i slutet vård. Inskrivningsmeddelandet initierar den öppna vårdens och socialtjänstens planering inför patientens utskrivning.*

I Jönköpings län skickas inskrivningsmeddelandet, på personer inom definierad målgrupp, så snart personen skrivs in i den slutna vården, oavsett tid på dygnet. Förväntat datum för utskrivning och information om inskrivningsorsak skickas inom 24 timmar. Syftet är att tidigt påbörja samarbetet och planeringen runt personen för att skapa en trygg och säker hemgång utan onödiga dröjsmål.

- Fast vårdkontakt

*En fast vårdkontakt skall utses i den landstingsfinansierade öppna vården för patienten innan utskrivning från slutet vård. Den fasta vårdkontakten får en viktig roll att samordna inför patientens utskrivning*

I Jönköpings län är det vårdsamordaren på vårdcentralen som är utsedd att vara den fasta vårdkontakten.

- Samordnad individuell plan (SIP)

*Samordnad individuell plan (SIP) enligt bestämmelserna i 16 kap. 4§ HSL och 2 kap. 7§ SoL blir patientens och huvudmännens gemensamma verktyg för den samordnade vården efter utskrivning. Den fasta vårdkontakten kallar till samordnad vårdplanering inom tre dagar (kalenderdagar) efter underrättelse om att patienten är utskrivningsklar har lämnats.*

I Jönköpings län kallar vårdsamordnaren till samordnad vårdplanering i bostaden som sker inom tre kalenderdagar efter utskrivningsmeddelandet, som innefattar ”utskrivningsklar”, har skickats.

## 1. Inskrivningsmeddelande och Vårdtidsplanering

Inskrivningsmeddelandet i Link startar den gemensamma vårdplaneringsprocessen.

Meddelandet skrivs när personen kommit till vårdavdelningen oavsett tid på dygnet.

Inskrivningsmeddelandet ska innehålla beräknad dag för utskrivning, vars syfte är att tidigt påbörja samarbetet och planeringen för att skapa en trygg och säker hemgång utan onödiga dröjsmål.

Ansvarig vårdavdelning skriver inskrivningsmeddelande för:

- Personer med insatser sedan tidigare enligt SOL, HSL och LSS.
- Personer med nytt behov av insatser.

Om ett nytt behov av insatser identifieras senare under vårdtiden skrivs meddelandet omgående vid det tillfället.

### Slutenvård

Sjuksköterska

- Inhämta samtycke för informationsöverföring.
- Skriv inskrivningsmeddelande.
- Skriv "menprövning" i kommentarsfältet om samtycke inte kunnat inhämtas.
- Fråga kommunen och vårdcentralen vilka insatser personen har enligt SOL, HSL, LSS. Skriv frasminnet "inslink"+enter i kommentarsfältet.

LINK-manual: [http://plus.rjl.se/info\\_files/infosida44287/link\\_slutenvard\\_20170306.pdf](http://plus.rjl.se/info_files/infosida44287/link_slutenvard_20170306.pdf)

### Kommun

Kontrollera folkbokföringsadressen. Avvisa ärendet om personen inte är folkbokförd i din kommun.

Svara "ej känd" om personen inte är känd sedan tidigare.

Om personen är känd:

- Ange ADL-status och kommunikativ status. Använd frasminnet "adlkom" i kommentarsfältet.
- Ange boendeform och fysisk tillgänglighet (ex trappor).
- Ange aktuella insatser enligt SOL, HSL och LSS.
- Avboka och omboka planerade besök och pågående insatser från exempelvis hemtjänst och hemsjukvård.

LINK-manual: [http://plus.rjl.se/info\\_files/infosida44287/link\\_kommunerna\\_20170306.pdf](http://plus.rjl.se/info_files/infosida44287/link_kommunerna_20170306.pdf)

### Vårdcentral

Vårdsamordnare

- Avboka/omboka eventuella planerade besök på vårdcentral.
- Ange aktuella insatser som är relevanta för vårdtillfället.

## Vårdtidsplanering – beräknad dag för utskrivning

Vårdtidsplanering innehåller en beräknad dag för utskrivning. Om den förväntade vårdtiden omvärderas under vårdtiden, ska en kommentar skickas omgående.

### Slutenvård

Läkare

- Bedöm förväntad vårdtid senast vid första rondtillfället.
- Informera personen om planerad vård och beräknad dag för utskrivning.
- Planera in aktuella undersökningar under vårdtiden.

Sjuksköterska

- Ange inskrivningsorsak och beräknad dag för utskrivning, använd frasminnet "plantid"+ enter.

### Kommun

- Notera beräknad dag för utskrivning.
- Planera och förbered för personens hemgång tillsammans med vårdsamordnaren.

### Vårdcentral

Vårdsamordnare

- Notera beräknad dag för utskrivning.
- Planera för personens hemgång tillsammans med kommunen.

## 2. Initiera och kalla till Samordnad vårdplanering (SVPL)

*Finns inget nytt eller utökat behov av insatser identifierade eller om personen redan har en välfungerande SIP används Kommentar i Link för fortsatt kommunikation och planering av en trygg hemgång/utskrivning – fortsatt till steg 3.*

Samordnad vårdplanering genomförs när personer har nytt eller utökat behov av insatser efter utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Respektive profession/funktion förbereder för personens hemgång genom att dokumentera behov, ansvar och insatser som skall täcka för första tiden innan SIP verkställs. Dokumentationen görs i "Samordnad vårdplan" i Link. Det är personens plan, tänk på språkbruket, all text skall vara enkel att förstå för personen. Det ska tydligt framgå vilka insatser som är planerade efter utskrivningen samt kontaktuppgifter. Personen får en utskrift av planen inför utskrivning. När alla som är kallade till vårdplanering skrivit sin del i Link-vårdplanen och signerat (vilket innebär att din del av vårdplanen är justerad), godkänns Link-vårdplanen av slutenvården och skrivs ut för att lämnas till personen.

Samordnad vårdplanering, som resulterar i en samordnad individuell plan (SIP), sker inom tre dagar efter utskrivningsmeddelandet, företrädesvis i personens bostad. De professioner/funktioner som är kallade till SVPL är skyldiga att delta och komma förberedda. Legitimerad personal har läsbehörighet i speglingen av personens journal i Link.

Förtydligande av begrepp

- *Initiera:* Slutenvården påtalar personens behov av samordnad vårdplanering, samt fyller i (*Kontakt önskas med*) de professioner som är användare av Link som bör delta. Övriga som

inte är användare av Link ex. öppenvård, närstående, god man som uppmärksammas av slutenvården informeras av dem via en "Kommentar". Denna information ska ses som ett stöd för vårdsamordnaren gällande vilka som skall kallas till SVPL i bostaden.

- *Kalla*: Vårdsamordnaren kallar till SVPL genom att skicka en kommentar med tid och plats för SVPL.
- *Linkvårdplan*: = "Samordnad vårdplan" aktiveras i Link när slutenvården "initierar" behov av SVPL. Alla professioner/funktioner ska dokumentera behov/ansvar/insatser löpande i Linkvårdplanen under personens vårdtid. Det är personens plan som tryggar för en säker hemgång innan SVPL sker i bostaden.

## Slutenvård

### Sjuksköterska

- Informera personen om samordnad vårdplanering och säkerställ samtycke.
- Initiera "*Kallelse till samordnad vårdplanering*".
- Överväg och ange i fältet "*Kontakt önskas med*" vilka professioner som behövs från kommunen. Ange samtliga professioner avseende vårdcentralen.
- Ange ADL-status och kommunikativ status.
- Ange hjälpmedelsbehov (ex. pump, sond, lyft, vårdäng, rollator).
- Dokumentera kontaktuppgifter, ansvar och planerade insatser efter utskrivning, i "*Samordnad vårdplan*" i Link.
- Planera/samordna/förskriv i samverkan med kommun och vårdcentral de hjälpmedel som är en förutsättning för personens hemgång. Dokumentera i "*Samordnad vårdplan*" i Link.
- Ange mottagning om personen har en pågående kontakt inom t.ex. öppen psykiatrisk vård.
- Ange namn på eventuell närstående som personen vill ha med på SVPL.
- Informera personen om preliminär tid och plats för mötet som vårdsamordnaren angivit.
- Bistå med utbildning då kommunen identifierat behov av specifika utbildningsinsatser inför personens hemgång.

LINK-manual [http://plus.rjl.se/info\\_files/infosida44287/link\\_slutenvard\\_20170306.pdf](http://plus.rjl.se/info_files/infosida44287/link_slutenvard_20170306.pdf)

Förskrivning i samverkan: <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=42914>

### Sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut

- Kopiera sammanfattning av ADL-status i en kommentar så att kommunens biståndshandläggare kan ta del av informationen.
- Planera/samordna/förskriv i samverkan med kommunen de hjälpmedel som är en förutsättning för personens hemgång. Dokumentera i "*Samordnad vårdplan*" i Link.
- Dokumentera kontaktuppgifter, ansvar och planerade insatser efter utskrivning, i "*Samordnad vårdplan*" i Link.
- Gör en ny planering tillsammans med kommunen och vårdcentralen om personens ADL-status väsentligen förändras under vårdtiden.

LINK-manual [http://plus.rjl.se/info\\_files/infosida44287/link\\_slutenvard\\_20170306.pdf](http://plus.rjl.se/info_files/infosida44287/link_slutenvard_20170306.pdf)

Förskrivning i samverkan: <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=42914>

## Vårdcentral

### Vårdsamordnare

- "Bemanna" aktuella yrkeskategorier.
- Kalla till SVPL i bostaden som ska ske inom tre kalenderdagar, utgå från beräknat utskrivningsdatum, skriv en "*kommentar*" i Link gällande tid och plats.

- Kalla de professioner/funktioner som inte har tillgång till Link angående tid och plats för SVPL. Se checklista
- Kalla och informera eventuella närstående angående tid och plats för SVPL.
- Planera/samordna/förskriv i samverkan med kommun och slutenvård de hjälpmedel som är en förutsättning för personens hemgång. Dokumentera i "Samordnad vårdplan" i Link.
- Dokumentera kontaktuppgifter, ansvar och planerade insatser efter utskrivning, i "Samordnad vårdplan" i Link.

LINK-manual: [http://plus.rjl.se/info\\_files/infosida44287/link\\_primarvard\\_20170307.pdf](http://plus.rjl.se/info_files/infosida44287/link_primarvard_20170307.pdf)

Förskrivning i samverkan: <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=42914>

### Kommun

- Kvittera omgående kallelsen till SVPL.
- "Bemanna" aktuella yrkeskategorier.
- Meddela vårdcentralen via "kommentar" i Link om det finns ytterligare professioner/funktioner som ska delta vid SVPL.
- Kallade aktörer bekräftar tid för SVPL.
- Planera/samordna/förskriv i samverkan med slutenvården de hjälpmedel som är en förutsättning för personens hemgång. Dokumentera i "Samordnad vårdplan" i Link.
- Dokumentera kontaktuppgifter, ansvar och planerade insatser efter utskrivning, i "Samordnad vårdplan" i Link.
- Identifiera inför personens hemgång ev. behov av specifika utbildningsinsatser. Kontakta slutenvården som bistår med utbildning.

LINK-manual: [http://plus.rjl.se/info\\_files/infosida44287/link\\_kommunerna\\_20170306.pdf](http://plus.rjl.se/info_files/infosida44287/link_kommunerna_20170306.pdf)

Förskrivning i samverkan: <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=42914>

## 3. Utskrivningsmeddelande

Slutenvården skickar utskrivningsmeddelande när personen är utskrivningsklar och kan lämna sjukhuset.

Innan utskrivningsmeddelandet skickas ska samtliga förberedelser av slutenvården vara klara inför personens hemgång. Personen ska lämna sjukhuset inom 24 h från utskrivningsmeddelandet.

Slutenvården skickar utskrivningsmeddelande även för personer som inte behöver samordnad vårdplanering.

### Slutenvård

#### Läkare

- Gör läkemedelsgenomgång.
- Förskriv aktuella läkemedel och recept.
- Lämna läkemedelslista/doskort till patienten.
- Förskriv sär-när-produkter (ex sond, näringsmedel, förtjockningsmedel, berikning).
- Skriv ut nödvändiga intyg (ex sjukintyg, egenvårdsintyg, anhörigintyg).
- Genomför utskrivningssamtal och lämna "Information om din vårdtid" till personen.
- Diktera epikris.
- Meddela sjuksköterska att personen är utskrivningsklar.



### Sjuksköterska

- Säkerställ att alla kallade parter har dokumenterat och signerat sin del i "Samordnad vårdplan" i Link.
- Godkänn och skriv ut "Samordnad vårdplan" i Link, lämnas till personen inför hemgång.
- Säkerställ att personen har läkemedel för minst två vardagar (efter överenskommelse med personen, närstående och kommunen).
- Säkerställ att t.ex. dietist, stomisjuksköterska, diabetessjuksköterska, SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet) är informerade och delaktiga samt att eventuella medicinska behandlingshjälpmedel följer med personen.
- Överväg intyg "Rätt till nödvändig tandvård".
- Skriv *Utskrivningsmeddelande*. Tänk på att det ska vara samma datum för *Utskrivningsklar* och *Planerat utskrivningsdatum*.
- Bevaka tid för hemgång och vid behov beställ lämplig transport (efter överenskommelse med patient, närstående, kommun och vårdcentral).

LINK-manual: [http://plus.rjl.se/info\\_files/infosida44287/link\\_slutenvard\\_20170306.pdf](http://plus.rjl.se/info_files/infosida44287/link_slutenvard_20170306.pdf)

### Vårdcentral

#### Vårdsamordnare

- Stäm av tid och plats för SVPL i bostaden som ska ske inom tre kalenderdagar efter utskrivningsmeddelandet.
- Stäm av att planerade insatser, ansvar och hjälpmedel inför hemgång (som ska ske inom 24 tim.) täcker behoven från dag ett i bostaden och för den första tiden i bostaden så att SIP hinner verkställas.
- Planera personens hemgång tillsammans med patientansvarig läkare på vårdcentralen.
- Stäm av med alla berörda parter i Link-vårdplanen angående ansvar, insatser och hjälpmedel inför personens hemgång, som ska ske inom 24 timmar. Patientens behov skall vara täckt från dag 1 efter utskrivning.
- Läs medicinsk epikris och omvårdnadsepikris, och kontakta vid oklarheter ansvarig vårdenhet.
- Planera personens hemgång tillsammans med patientansvarig läkare på vårdcentralen.

### Kommun

- Stäm av att planerade insatser, ansvar och hjälpmedel inför hemgång (som ska ske inom 24 tim.) täcker behoven från dag ett i bostaden och för den första tiden i bostaden så att SIP hinner verkställas.
- Ange lämplig tid för hemkomst i en kommentar.
- Läs medicinsk epikris och omvårdnadsepikris, och kontakta vid oklarheter ansvarig vårdenhet.
- Läs läkemedelslistan i Link (Apodos i Pascal).
- Möt upp personen i bostaden vid behov.

## 4. Samordnad vårdplanering och Samordnad individuell plan

Samordnad vårdplanering (SVPL) sker i bostaden senast inom tre kalenderdagar efter utskrivningsmeddelandet, med Samordnad individuell plan (SIP) som resultat. SIP ger en helhetsbild och samlad beskrivning av personens egenvårdsansvar, pågående och planerade vård- och

omsorgsinsatser och vem som ansvarar för vad. SIP utgår från vad som är viktigt för just den personen och förutsätter personens medverkan för en meningsfull vardag.

Framtagande av SIP sker bäst i personens hem, där förhållandena är mer jämbördiga, men om särskilda skäl föreligger kan SIP genomföras på annan plats som bedöms lämplig. Kallade professioner/funktioner ska komma förberedda och delta aktivt i mötet.

SIP dokumenteras i Cosmic (SIP-journalmall). Personen får en utskrift och har tillgång till SIP i journalen via nätet. Övriga som ej har tillgång till Cosmic får en utskrift.

### Vårdcentral

Vårdsamordnare

- Förbered mötet (ex tillgänglighet, tolk, teknik)
- Ansvarar för genomförandet av mötet.
- Dokumentera i SIP- journalmall i Cosmic. Dokumentation ska ske samma dag som mötet. Skriv ut och skicka till personen. Informera om att SIP kan läsas i journalen via nätet (1177).
- Lämna anteckningen osignerad om någon part behöver återkomma med beslut. Komplettera så snart som möjligt enligt överenskommelse och signera.
- Skicka kopia på SIP till ansvarig handläggare inom SOL och LSS.
- Informera ansvarig läkare om dokumenterad SIP.

Övriga kallade professioner/funktioner

- Kommer förberedda och deltar aktivt i mötet.

### Kommun

Kallade professioner/funktioner

- Kommer förberedda och deltar aktivt i mötet.
- Överväg intyg "Rätt till nödvändig tandvård".

### Slutenvård

- Deltar i mötet vid komplexa situationer med adekvata professioner/funktioner.

## 5. Uppföljning av SIP

Uppföljning är en naturlig del av processen och skall ske senast inom en månad efter genomförd SVPL. Alla professioner/funktioner ansvarar för att följa upp sin del i SIP. Vårdsamordnaren följer upp helheten med personen.

### Vårdcentral

Vårdsamordnare

- Kontakta personen och följ upp SIP. Dokumentera.
- Stäm av med berörda professioner/funktioner för ev. revidering av SIP.
- Kalla vid behov till nytt möte för samordnad vårdplanering.

Övriga kallade professioner/funktioner

- Ansvarar för att följa upp sin del i SIP med personen.

### Kommun

Kallade professioner/funktioner

- ansvarar för att följa upp sin del i SIP med personen.

## 6. Avsluta ärendet i Link

Avslutade ärenden är tillgängliga men gråmarkeras i översikten i Link. Rekommendationen är att:

### Slutenvården

- avslutar ärendet när personen skrivits ut från sjukhuset och samtliga statusfält är markerade. Detta görs lämpligen dagen efter utskrivning.

### Vårdcentralen

Vårdsamordnare

- avslutar ärendet när mötet för samordnad vårdplanering och uppföljningen av SIP är genomförda.
- väntar med att avsluta ärenden som inte leder till samordnad vårdplanering tills slutenvården avslutat ärendet.

### Kommunen

- avslutar ärendet när mötet för samordnad vårdplanering och uppföljningen av SIP är genomförda.
- väntar med att avsluta ärenden som inte leder till samordnad vårdplanering tills slutenvården avslutat ärendet.