



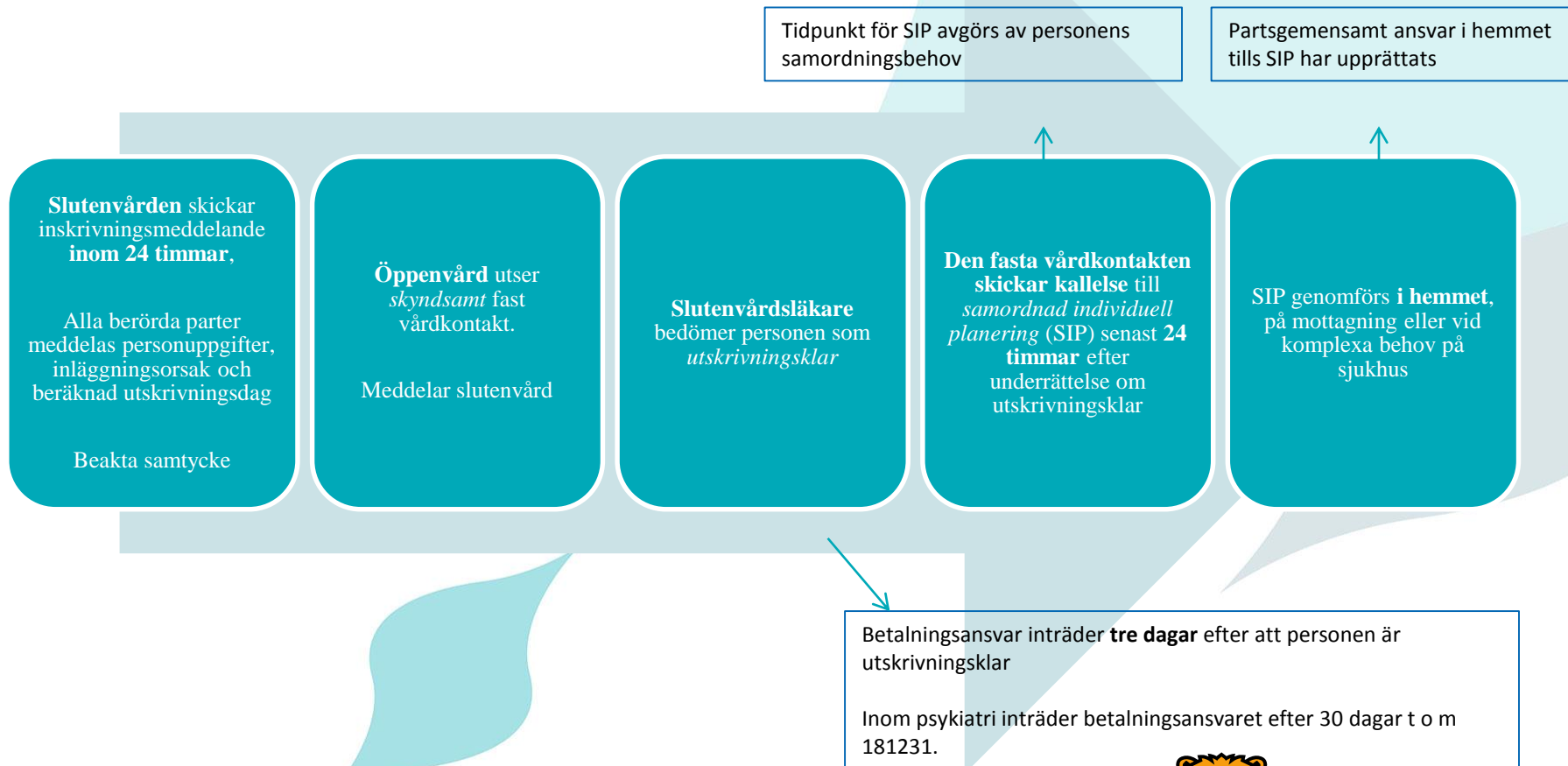
**Linköping**  
Där idéer blir verklighet

# Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

- Gäller från januari 2018
- Nytt arbetssätt gäller vid *behov av samordning* av insatser
- Idag finns brister i samordning av insatser för den enskilde
- Ny regel för betalningsansvar
- Ersätter lag från 1992 om betalningsansvar



# Den nya planeringsprocessen



# Var finns information om hur vi ska arbeta enligt den nya lagstiftningen?

- <http://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/Vardprocesser/Samverkan-vid-in--och-utskrivning-av-patient/>
- <http://www.linkoping.se/utforarwebben/vard-stod-och-omsorg/>
- <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip/sipforaldre.8958.html>



# Insjuknande i hemmet

## Inmeddelande



Om en person som har HSL-insatser av kommun behöver åka till sjukhus ska ett inmeddelande skickas.

## Innehåll

- Orsak till att personen åker till sjukhus
- ADL-status
- Kontaktuppgifter till involverade parter
- Information om närstående
- Annan värdefull information

# Inskrivningsmeddelande



- Inskrivningsmeddelandet **startar planeringsprocessen** hos alla parter
- **Slutenvården** skickar inskrivningsmeddelande **inom 24 timmar**, om personen är i behov av samordnade insatser.
- **Inskrivningsmeddelandet** ska innehålla personuppgifter, inläggningsorsak och beräknad utskrivningsdag
- **Alla mottagare** av inskrivningsmeddelandet **svarar** med uppgifter om kontaktuppgifter och aktuella insatser.

# Planering under vårddtid

## Slutenvården

Skickar inskrivningsmeddelande inom 24 h

## Öppenvården

Utser fast vårdkontakt och meddelar skyndsamt övriga parter

## Socialtjänst

Bedömer biståndbehov och informerar utförare om beviljade insatser

## Hemsjukvård

Analyserar behov av hemsjukvård och planerar insatser inför hemgång

Alla parter säkerställer de olika individuella planerna och dokumenterar i respektive huvudmans verksamhetssystem.



# Samordningsbehov

## Gemensam planering

Planeringsmöten under vårdtiden ska säkerställa vård och omsorg efter utskrivning och fram till SIP i hemmet, eller på öppenvårdsmottagning.

SIP genomförs **i hemmet**, på **mottagning** eller vid komplexa behov på **sjukhus**

Alla parter ska aktivt informera och söka information

Det är alltid öppenvården som kallar till SIP, oavsett vilket samordningsbehov som finns.



# Hemtjänsten- samverkar med många

Brukare Närstående Biståndsbedömare

Hemsjukvård LAH SRH

Sjuksköterska på servicehus

Kommunrehab Demensteam

Trygghetsteamet Dagverksamhet

Sjuksköterska jourtid

Vårdcentraler Annan hemtjänst

1177 Sjukhus

Ambulans Gode man

Larmgruppen Fler?



# Utskrivningsklar



- *Slutenvårdsläkare* bedömer personen som utskrivningsklar
- Slutenvården ska beakta personens behov av *medicinska, omvårdnadsmässiga och rehabiliterande insatser* innan hen kan bedömas vara utskrivningsklar
- *Utskrivningsmeddelande* ska innehålla information om var personen kan vända sig vid frågor eller försämring av hälsotillstånd. Andra praktiska överenskommelser i samband med hemgång. Hänvisning till upprättade individuella planer

# Beakta behov inför hemgång

## Öppen vård

- Läkaransvar
- Fast vårdkontakt
- Specialiserade rehabiliteringen i hemmet
- Specialiserad hemsjukvård (LAH)
- Primärvårdsansluten hemsjukvård (PAH)

## Socialtjänst

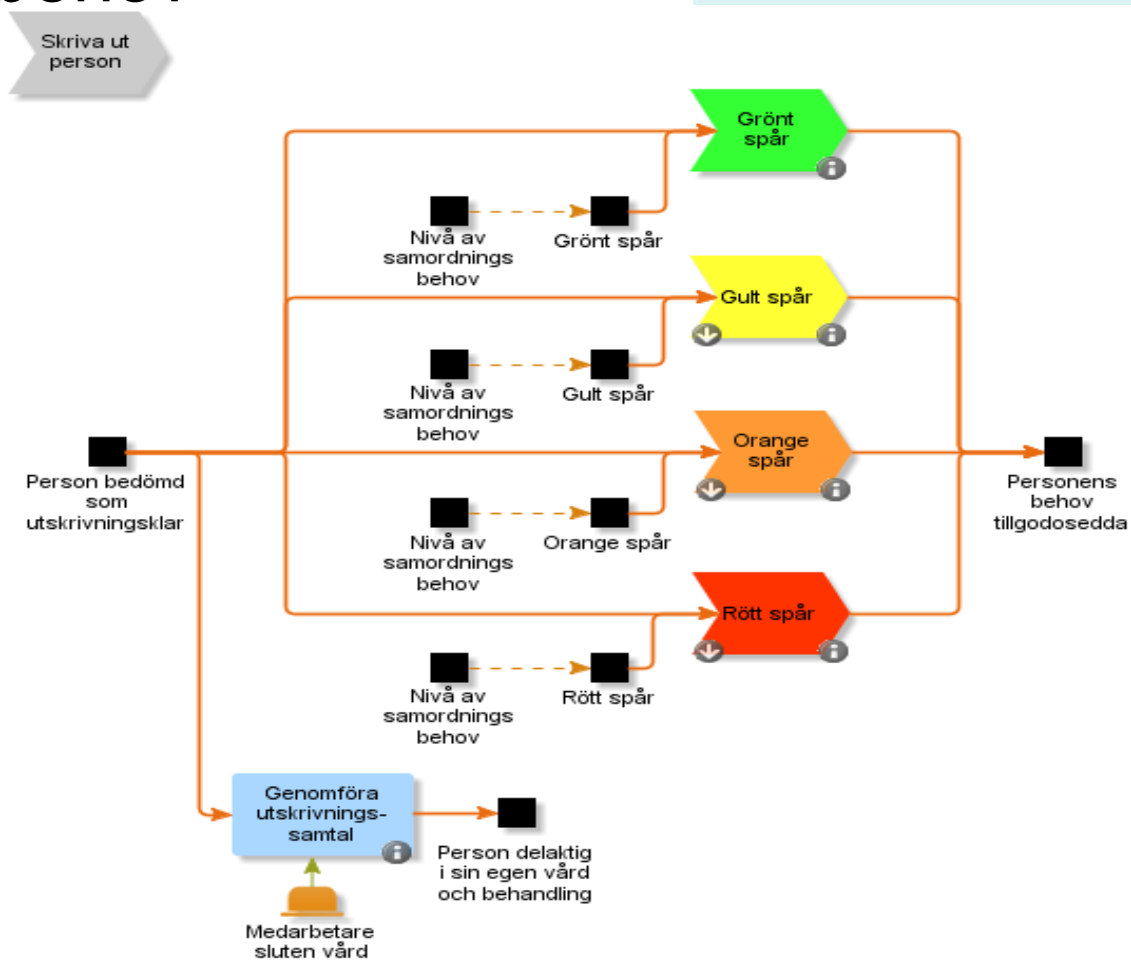
- Bistånd – sociala insatser i hemmet
- Omsorg

## Hemsjukvård

- Kommunala hemsjukvårdens rehabilitering, inkl. hjälpmedel
- Kommunal hemsjukvård - behov av specifika omvårdnadsinsatser



# Vägledning för bedömning av samverkans- och planeringsbehov



Källa: Utklipp från processkarta i riktlinje för samordnad vård- och omsorgsplanering

# Grönt spår

Grönt spår gäller person med *behov av insatser som inte behöver samordnas*, samordnad individuell planering är därför inte aktuellt.

Grönt spår gäller också om personen avböjer SIP. Om personen tackar nej till SIP är parterna ändå alltid skyldiga att planera sina respektive insatser, på varsitt håll.

# Gult spår

*I gult spår har person behov av samordnade insatser efter utskrivning från slutenvård, men de behöver inte starta samma dag som utskrivning.*

Partgemensam planering under vårdtid krävs

Personen kan skrivas ut från sjukhuset innan SIP har genomförts

Personen har behov av insatser, men de bedöms inte behöva påbörjas samma dag som utskrivning sker.

SIP kan genomföras i hemmet eller på öppenvårdsmottagning.

## **SIP**

SIP genomförs tidigast en (1) dag efter utskrivning från sjukhus, men kan också ske senare. Tidpunkt anges i kallelse och avgörs av personens individuella behov. Det innebär att insatser kan komma att initieras utan att samordning mellan dessa har säkerställts genom SIP.

# Orange spår

I Orange spår har person behov av samordnade insatser efter utskrivning från slutenvård. De planerade insatserna kan behövas samma dag som utskrivning!

Partgemensam planering under vårdtid krävs  
Personen kan skrivas ut från sjukhuset innan SIP har genomförts  
Personen har behov av insatser, som måste påbörjas samma dag som utskrivning sker. (omsorgsbehov, läkemedel, hjälpmedel)

## **SIP**

SIP kan behöva genomföras samma dag som utskrivning från sjukhus, men det kan också ske senare. Tidpunkt anges i kallelse och avgörs av personens individuella behov. Det innebär att insatser kommer att initieras utan att samordning mellan dessa har säkerställts genom SIP.



# Rött spår

*I rött spår har person komplexa behov som kräver gemensam planering och SIP innan personen lämnar sjukhuset*

Rött spår säkerställer insatser som ger trygg och patientsäker utskrivning för person med *komplexa vård- och/eller omsorgsbehov, oavsett boendeform.*

Vid komplexitet krävs noggranna förberedelser som kan innefatta ett eller flera planeringsmöten, mellan berörda parter och vardera part för sig.

Komplexiteten kan ligga i ett eller flera somatiska behov, och/eller psykiatriska behov samt ibland i kombination med sociala aspekter. Multiprofessionellt team med särskild kompetens.

Utbildning för medarbetare kan därför behövas, innan personen kan lämna sjukhus.

Tydlig läkarkontakt är särskilt viktig för personen. Tidigt i planeringsprocessen krävs läkar- till läkarkontakt, via vård till vårdtelefon.

SIP genomförs i slutenvården





# Samordnad individuell planering

- **SIP** är förkortning för samordnad individuell plan. Den ska upprättas när en person har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård och insatserna behöver samordnas.
- Som huvudregel ska SIP upprättas i **hemmet** eller på **öppenvårdsmottagning**. Undantag ska göras när personen har komplexa behov, då ska samordnad individuell plan upprättas på **sjukhus**.



# Kallelse till samordnad individuell planering

*Den fasta vårdkontakten skickar kallelse till samordnad individuell planering senast 24 timmar efter underrättelse om utskrivningsklar*

Tidpunkt för samordnad individuell planering avgörs av personens samordningsbehov. Som vägledning finns fyra spår presenterade i riktlinjen.



# Vem som deltar och hur SIP genomförs



- Personens **behov** avgör alltid vilka parter som behöver medverka.
- Alla parter har **skyldighet** att delta när annan part kallar till samordnad individuell planering.
- **Distansmöte** kan aktualiseras, efter bedömning i varje enskilt fall. I dessa fall måste utrustning tas med till personen.

# Diskutera två exempel på person med behov av insatser

