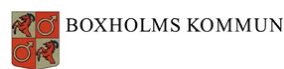


Samordnad vård- och omsorgsplanering i samband med slutenvård



Kinda kommun



NORRKÖPING



FINSPÅNG



Söderköpings
kommun



Innehållsförteckning

Inledning	3
Inmeddelande till sjukhus	4
Inskrivningsmeddelande	4
Sluten vård skickar inskrivningsmeddelande.....	4
Öppen vård utser fast vårdkontakt	4
Kommun besvarar inskrivningsmeddelande.....	4
Planering under vårdtid	4
Planeringsspår: Planering av insatser samt när SIP ska upprättas.....	5
Öppen vård har samordningsansvar.....	6
Sluten vård kommunicerar med övriga parter	6
Kommun förbereder inför hemgång	7
Utskrivningsklar	7
Sluten vård beslutar och möjliggör säker utskrivning.....	7
Öppen vård kallar till SIP och övertar ansvar	7
Kommun övertar ansvar	8
Utskrivningsplan.....	8
Utskrivningsmeddelande.....	8
Genomföra och upprätta SIP	8
Referenser	9
Bilaga 1: Parternas ansvar och roller i processen samordnad vård- och omsorgsplanering vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.....	11
Bilaga 2: Processen för samordnad vård- och omsorgsplanering i samband med utskrivning från sluten vård, bild för utskrift.....	13
Bilaga 3: Bedömning av planeringsspår i samband med utskrivning från sluten vård, bild för utskrift	14

Inledning

Riktlinjen är framtagen av kommunerna i Östergötlands län och Region Östergötland, utifrån lagen om Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård samt den politiska överenskommelse som har tecknats mellan parterna gällande samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Som komplement till riktlinjen finns [manual](#) för IT-stödet Cosmic Link som används för kommunikation mellan parterna.

All vård, behandling och planering ska ske tillsammans med personen. Flera olika begrepp kan användas för att benämna personen som behöver samordnade insatser; patient, brukare, individ, den enskilde, person. Här används ordet *person*.

I bilaga 1 förtydligas parternas ansvar och roller i processen samordnad vård- och omsorgsplanering i samband med utskrivning från slutna vård.

Målgrupp

Alla personer som har behov av samordnade insatser från region och kommun, inklusive privata utförare, har rätt till samordnad individuell plan (SIP) oberoende av boendeform. Att personen har gett sitt samtycke är alltid en förutsättning. Utifrån personens behov kan fler samarbetsparter behöva delta i planeringen, t ex skola, Försäkringskassa eller Arbetsförmedling.

Syfte och mål

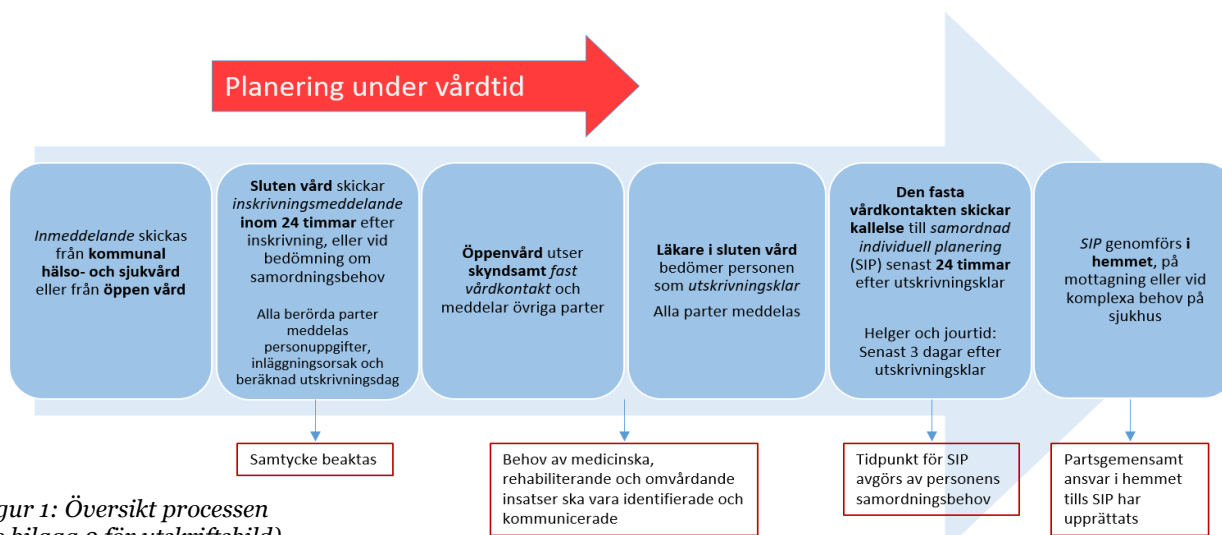
Samordnad vård- och omsorgsplanering ska säkerställa ett patientsäkert och förebyggande arbete utifrån personcentrerade och samordnade insatser på rätt vårdnivå, där organisatoriska gränser inte påverkar personens upplevelse av trygghet och säkerhet.

SIP ska klargöra för personen själv, närstående och personalen vad som ska göras, vem som ansvarar för respektive insats och hur dessa ska samordnas. Planen ska även innehålla viktiga kontaktuppgifter för personen samt datum för uppföljning.

Samtycke till utlämnande av vårddata, sammanhållen journalföring och samordnad individuell planering

All informationsöverföring förutsätter att personen har gett sitt samtycke. Förfrågan om samtycke ska alltid ske och dokumenteras enligt [länsgemensam rutin](#). Observera att Cosmic Link inte ska användas för personer med skyddade personuppgifter hos Skatteverket.

Översikt av processen för samordnad vård- och omsorgsplanering



Figur 1: Översikt processen (se bilaga 2 för utskriftsbild)

Inmeddelande till sjukhus

Inmeddelande används när person skickas till sjukhus efter bedömning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Utöver relevant information om personens tillstånd ska inmeddelandet innehålla kontaktuppgifter som är viktiga för den fortsatta kommunikationen mellan de olika parterna.

Inskrivningsmeddelande

Inskrivningsmeddelandet startar den gemensamma planeringsprocessen. Alla berörda parter ska påbörja planering inför utskrivning.

Sluten vård skickar inskrivningsmeddelande

Den slutna vårdens ansvar är att underrätta berörda enheter inom socialtjänsten, den kommunalt finansierade sjukvården och den regionsfinansierade öppna vården med ett inskrivningsmeddelande inom 24 timmar efter inskrivning, eller när behov uppstår, om det föreligger behov av fortsatta hälso- och sjukvårds- och/eller omsorgsinsatser efter utskrivning.

Inskrivningsmeddelandet ska innehålla inläggningsorsak och uppgift om beräknad utskrivningsdag. Om samtycke saknas får inläggningsorsak inte anges. Förfrågan om samtycke ska alltid ske och dokumenteras enligt [länsgemensam rutin](#).

Om slutenvårdsklinik inte vet vilken av flera fasta vårdkontakter som bäst kan samordna blir det aktuella vårdtillfället styrande. Specialistmottagning kopplad till aktuell klinik tar samordningsansvar och behåller det tills annat har överenskommit.

Öppen vård utser fast vårdkontakt

Fast vårdkontakt ska skyndsamt utses i öppen vård när inskrivningsmeddelande från slutenvård har mottagits. I de flesta fall ligger ansvaret hos primärvården, men den fasta vårdkontakten kan också finnas på en specialistmottagning eller specialiserad hemsjukvård (LAH). Det är alltid personens behov som avgör vilken fast vårdkontakt som ska ta ansvar för samordningen.

När fast vårdkontakt är utsedd ska detta anges som svar på inskrivningsmeddelandet till övriga parter utan dröjsmål. Verksamhetschef i öppen vård ansvarar för att det finns tillgång till fast vårdkontakt inom dennes verksamhet.

Fast vårdkontakt tydliggörs i [riktlinje](#).

Kommun besvarar inskrivningsmeddelande

Kommunen svarar på inskrivningsmeddelandet med relevanta uppgifter: om personen är känd eller inte, aktuellt status, pågående insatser och kontaktuppgifter.

Planering under vårdtid

Alla parter ska gemensamt ta ansvar för att trygg hemgång säkerställs genom aktiv, ömsesidig kommunikation, att både delge och efterfråga information, i vissa fall som helt team och i andra fall från profession till profession. Parterna ansvarar även för att kommunikation sker internt, mellan enheter i den egna organisationen.

Planering pågår kontinuerligt under vårdtiden utifrån personens behov, förutsättningar och mål. Om personen samtycker kan dennes närstående involveras. Utifrån personens behov kan planeringsmöten under vårdtid behövas. Olika professioner kan behöva delta för att delge och inhämta information. Planeringsmöten kan ske via distans med hjälp av digitala

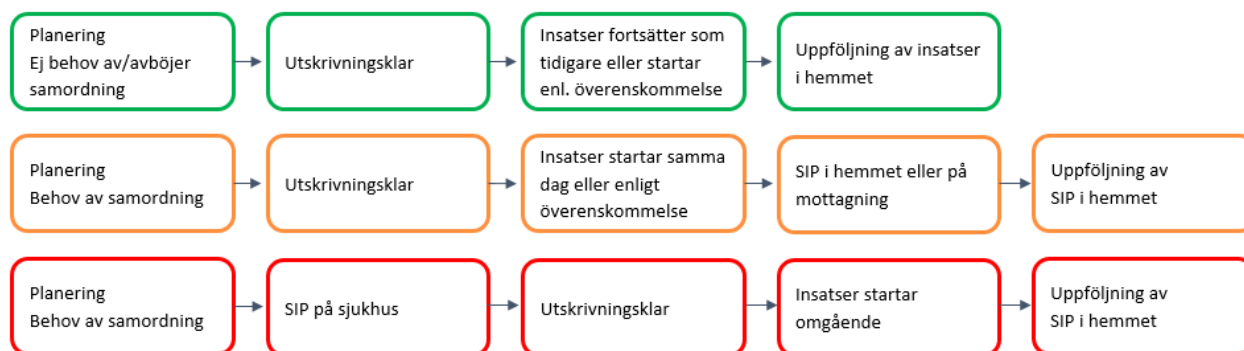
verktyg eller telefon alternativt som fysiskt möte. Ställningstagande ska göras till om personen har behov av SIP i samband med utskrivning och när den ska upprättas. Rehabilitering och hjälpmedelsbehov ska ses som en integrerad del av processen och hjälpmedel förskrivs enligt [läns gemensamt regelverk](#).

Tydligt läkaransvar är avgörande för hela planeringsprocessen, i både öppen vård och slutenvård. Det är en förutsättning för patientsäkerhet och för kommunal hälso- och sjukvård oavsett boendeform. Vid varje ärende bedöms om en direkt läkar-till-läkarkontakt krävs för en säker utskrivning.

Personens behov, mål och insatser ska dokumenteras i parternas olika planer för att säkerställa fortsatt god och säker vård och omsorg efter utskrivning. Dessa planer samordnas sedan i SIP, vilken ska tydliggöra för personen vem som gör vad och när.

Planeringsspår: Planering av insatser samt när SIP ska upprättas

Som vägledning för bedömning av personens behov finns tre planeringsspår, se figur 2.



Figur 2: Översikt planeringsspår (se bilaga 3 för utskriftsbild)

Bedömning av vilket planeringsspår som är aktuellt för personen ska ske i samråd mellan parterna och ska påbörjas tidigt under vårdtiden. Dialog med personen är en förutsättning för att göra rätt bedömning.

Grönt spår: insatser som inte behöver samordnas i SIP

Person med behov av insatser som behöver planeras men inte behöver samordnas i SIP. 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. Även när samordning inte krävs är det viktigt att biståndshandläggare, och hemsjukvården om det är aktuellt, bedömer behov av uppföljning efter hemkomst.

Orange spår: insatser som behöver samordnas i SIP efter utskrivning

Person med behov av samordnade insatser efter utskrivning från slutenvård. SIP upprättas efter utskrivning. Tidpunkt anges i kallelse och avgörs av personens individuella behov. Tydliggörande av läkaransvar och omvårdnadsansvar krävs tidigt i planeringsprocessen. Det är viktigt att behov av hjälpmedel och medicinteknisk utrustning tidigt identifieras och säkerställs inför hemgång.

Insatser och SIP kan behövas samma dag som utskrivning från sjukhus, men kan också ske senare. Mötesdeltagare kan närvara fysiskt och digitalt på distans. När insatser genomförs innan SIP ställer det särskilda krav på kommunikation mellan alla parter, inklusive personen

som behöver insatserna. Tydliga kontaktvägar blir särskilt viktigt och ska tydliggöras i utskrivningsplan och utskrivningsmeddelande.

Rött spår: insatser som behöver samordnas i SIP innan utskrivningsklar

Person med komplexa vård-, rehabiliterings- och/eller omsorgsbehov, oavsett boendeform. Vid komplexitet krävs noggranna förberedelser som kan innefatta ett eller flera planeringsmöten, mellan berörda parter och varje part för sig. Tydliggörande av läkaransvar och omvårdnadsansvar krävs tidigt i planeringsprocessen. Det är viktigt att behov av hjälpmedel och medicinteknisk utrustning tidigt identifieras och säkerställs inför hemgång. Utbildning för medarbetare kan behövas, innan personen kan lämna sjukhus. I vissa fall måste också utbildning säkerställas för personen och dennes närstående. Planering för detta ska påbörjas tidigt i processen.

Komplexiteten kan ligga i ett eller flera somatiska behov, och/eller psykiatriska behov samt ibland i kombination med sociala aspekter, vilket ställer höga krav på särskild kompetens ofta från ett multiprofessionellt team.

När parternas egen planering är klar upprättas SIP på sjukhus, fast vårdkontakt kallar och deltar. Mötesdeltagare kan närvara fysiskt och digitalt på distans. Därefter kan personen bedömas vara utskrivningsklar. Personen ska kunna lämna sjukhus samma dag, om ovanstående är säkerställt.

Öppen vård har samordningsansvar

Öppen vård ansvarar för planering under vårdtid och har tillsammans med kommun ansvar för att personen kan lämna sjukhus när den är utskrivningsklar.

Den fasta vårdkontakten ansvarar för att samordna insatserna som rör personen i samband med utskrivning. Det innebär att den öppna vården har en betydande roll i planering under vårdtid. Att förmedla kontakt med andra aktörer är en viktig del i ansvaret. Det kan handla om att länka samman professioner från olika specialiteter och verksamheter, allt för att få en helhetssyn på personens situation. Fast vårdkontakt ska också säkerställa personens delaktighet.

Sluten vård kommunicerar med övriga parter

Under vårdtiden har sluten vård ansvar för att informera personen och involvera denne i planeringen. Samtidigt krävs kommunikation med övriga parter angående personens omvårdnadsbehov, egenvård, medicinska behov och aktivitets-/funktionsförmåga.

Om personens behov förändras under vårdtiden, eller om datum för beräknad utskrivningsdag ändras ska information om det överföras till mottagande parter för att ge förutsättningar att planera för en god och säker vård. Ange orsak till förändringen.

Vid utskrivning från sjukhus ska hjälpmedel för att klara primära behov inomhus i en vecka säkerställas av aktuell slutenvårdsenhet. Med primära hjälpmedelsbehov avses hjälpmedel för att klara toalettbesök och förflyttning. När aktuellt hjälpmedelsbehov innefattar grundutrustning/arbetstekniska hjälpmedel ska det ingå i planeringen och överrapporteras till mottagande part.

Så länge behov av rehabilitering/habilitering föreligger ska överrapportering ske till arbetsterapeut/fysioterapeut hos mottagande part. Ansvaret för fortsatta insatser och uppföljning övertas efter överrapportering. Det sammantagna hjälpmedelsbehovet kan bara bedömas i hemmet, därför kan ytterligare bedömning av behov av personliga hjälpmedel

behövas efter hemgång. Efter överrapportering övergår ansvaret för uppföljning av personligt förskrivna hjälpmedel till den kommunala hemsjukvårdens rehabiliteringsverksamhet alternativt till Region Östergötlands specialiserade rehabilitering i hemmet, primärvårdsansluten hemsjukvård (PAH) eller specialiserad hemsjukvård/LAH

Kommun förbereder inför hemgång

Kommun och öppen vård har tillsammans ett ansvar för att planera så att personen kan lämna sjukhus när den är utskrivningsklar. Handläggare har en viktig roll i planeringen och ansvarar för att informera om och ta emot ansökningar om omsorgsinsatser så som hemtjänst, boendestöd, personlig assistans mm. Tidig kontakt med personen behövs för att göra en behovsbedömning och besluta om insatser.

Personen ska själv ta kontakt med handläggare för att ansöka om insatser. Om personen inte själv kan ta kontakten kan sluten vård, öppen vård eller personens närstående anmäla ett behov till handläggare som i sin tur tar kontakt med personen.

Om personen har behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser ska kommunens hälso- och sjukvårdspersonal och socialtjänst planera i nära samarbete med fast vårdkontakt.

Utskrivningsklar

Sluten vård beslutar och möjliggör säker utskrivning

Läkare bedömer och beslutar när en person är utskrivningsklar, det vill säga när personen inte längre är i behov av sluten vård. Bedömningen ska inkludera alla professioners bedömningar utifrån behov av medicinska, rehabiliterande och omvårdande insatser. För personer med läkemedelsbehandling ska sluten vård säkerställa att behandling kan fortsätta utan avbrott. Höga kvalitetskrav på informationsöverföring gäller. Läkemedelshantering tydliggörs i [länsgemensam riktlinje](#).

Den slutna vårdens insatser och planering ska vara klar och överenskommen med mottagande part, vilket innebär att personen ska kunna lämna sluten vård samma dag den är utskrivningsklar. När en person bedömts vara utskrivningsklar, ska den slutna vården så snart som möjligt underrätta berörda parter om detta.

Ett återtagande av utskrivningsklar ska göras om läkare bedömer att personen inte längre är utskrivningsklar. Övriga parter meddelas förändringen omgående.

Öppen vård kallar till SIP och övertar ansvar

Det är alltid den fasta vårdkontakten som skickar kallelse till SIP efter att sluten vård har underrättat om att personen är utskrivningsklar. Kallelse ska skickas senast inom 24 timmar på vardagar och senast inom 3 dagar på helger och jourtid. SIP kan genomföras i både öppen vård och sluten vård, det är alltid personens behov som avgör. Observera att vid rött spår skickas kallelse till SIP alltid innan personen är utskrivningsklar, se figur 2. För att kommunen ska överta ansvar efter sluten vård krävs att öppen vård säkerställer tillgång till insatser inom sitt ansvarsområde.

Om personen har fått ett beslut om korttidsplats efter sluten vård måste vårdcentralen där personen är listad meddela den vårdcentral som ansvarar för aktuellt korttidsboende, så att den vårdcentralen ges förutsättningar att ta sitt ansvar. Läkare-till-läkarkontakt ska ske.

Kommun övertar ansvar

När personen är utskrivningsklar övertar kommunen ansvar för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst. För att kommunen ska överta ansvar efter slutet vård krävs att den regionfinansierade öppna vården säkerställer tillgång till insatser inom sitt ansvarsområde. Det kan handla om läkaransvar, men också om andra professioners åtaganden.

Utskrivningsplan

Utskrivningsplan är till för personen och påbörjas under vårdtiden och slutförs senast samma dag som personen är utskrivningsklar. Alla parter skriver sin del om vad som ska säkerställas inför personens hemgång. Slutet vård ansvarar för att utskrivningsplanen lämnas till personen vid utskrivning.

Utskrivningsplan upprättas för att säkerställa att personen får skriftlig information om vad som är planerat den närmaste tiden efter utskrivning. Informationen ska innefatta kontaktuppgifter så att personen vet vart denne kan vända sig vid frågor, fram tills SIP eventuellt upprättas.

Utskrivningsmeddelande

I samband med utskrivning från slutet vård skickas automatiskt utskrivningsmeddelande i Cosmic Link. Den slutna vården skickar endast utskrivningsmeddelande till övriga parter vid behov, innehållande praktisk information för ett tryggt och säkert mottagande.

Genomföra och upprätta SIP

SIP ska alltid upprättas när behov av samordnade insatser finns. Samtliga parter har skyldighet att delta när annan part kallar till SIP. Personens behov avgör alltid vilka parter som behöver medverka. En person kan bara ha *en* SIP oberoende av om personen befinner sig i öppen eller slutet vård. SIP dokumenteras och tillgängliggörs för alla berörda parter.

Även i de fall beslut fattats om korttidsboende är personens behov alltid styrande, vilket innebär att SIP kan behöva upprättas på sjukhus eller under vistelsen på korttidsboendet. I vissa fall kan det dock vara lämpligt att SIP upprättas vid hemgång från korttidsboende och då följs processen för SIP i öppen vård.

Möten för SIP kan ske på olika sätt, utifrån personens aktuella behov och praktiska förutsättningar. Huvudregeln är att mötet sker i hemmet eller på öppenvårdsmottagning. Mötet kan ske via distans med hjälp av digitala verktyg eller telefon alternativt som fysiskt möte. Den fasta vårdkontakten ansvarar för att medarbetare finns hemma hos personen när SIP genomförs i hemmet. Personens behov styr vilken/vilka parter som ska delta i hemmet, befintliga kontakter ska alltid beaktas.

Fast vårdkontakt påbörjar dokumentationen i SIP-mallen och ansvarar för att skriva de aktuella "allmänna" uppgifterna. Därefter skriver och signerar övriga parter sina respektive delar. Till sist ansvarar fast vårdkontakt för att godkänna SIP och lämna den till personen.

Referenser

Rutiner, riktlinjer och annat som är aktuellt för processen

[Annas väg genom vårdkedjan](#)

[Ansvar för olika typer av material](#)

[Cosmic Link manual](#)

[Egenvård läns gemensamma överenskommelsen](#)

[Enstaka tillfälliga åtgärder](#)

[Fast vårdkontakt](#)

[Läkemedelshantering inom hälso- och sjukvård samt tandvård](#)

[Praktiska anvisningar för Hemsjukvårdsavtalet i Östergötland](#)

[Regelverk för hjälpmedelsförskrivning](#)

[Samtycken i Cosmic](#)

[Använd SIP – ett verktyg vid samverkan](#)

[Vårdplan](#)

Aktuell lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Lag (2017:16) 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

Socialtjänstlagen (2001:453)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387

Patientlag (2014:821)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Patientdatalag (2008:355)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

Personuppgiftslag (1998:204)

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204

Patientsäkerhetslag (2010:659)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400

Smittskyddslag (2004:168) https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/smittskyddslag-2004168_sfs-2004-168

SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-6-38>

SOSFS 2008:1(M) Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-10-1>

HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2016-40>

Bilaga 1: Parternas ansvar och roller i processen samordnad vård- och omsorgsplanering vid utskrivning från slutenvård och sjukvård

Den öppna vårdens ansvar är att:

Regionfinansierad öppen vård (Primärvård, LAH, specialistmottagning) har en samordnande roll.

- utse [fast vårdkontakt](#), verksamhetschefen ansvarar för att rutin finns.
- utreda och bedöma personens fortsatta behov av hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivning från slutenvård
- samordna personens vård och omsorg vid utskrivning från slutenvård
- stärka personens ställning, säkerställa att den enskildes behov, prioriteringar och vilja tillvaratas i planeringen av vård och omsorg
- säkra en smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg för personen
- kontinuerligt kommunicera med övriga parter
- säkerställa trygg och säker vård och omsorg i hemmet för de mest sjuka och för invånare med kroniska sjukdomar, oavsett diagnos och ålder
- säkerställa att det finns namngivna medarbetare i funktionen som vårdsamordnare

Vårdsamordnare inom öppen vård ska:

- vara anträffbar på vård till vård nummer alternativt annat direktnummer
- tillse att personens delaktighet är central i planering under vårdtid
- ansvara för planering och samordning inför utskrivning från sjukhus
- säkerställa att fast vårdkontakt finns utsedd och dokumenterad i personens journal
- stödja personen så att samverkan mellan alla som är delaktiga i dennes vård och omsorg fungerar på ett tillfredsställande sätt utifrån personens behov
- dokumentera viktig information till personen i utskrivningsplanen
- kalla aktuella parter när behov finns av samordnad individuell plan (SIP)
- dokumentera den öppna vårdens åtagande i personens SIP
- överlämna SIP till personen när alla parter dokumenterat och signerat sin del
- ha kunskap om och följa gällande lagstiftning, länsövergripande riktlinjer och rutiner samt vid behov utveckla lokala arbetsätt och rutiner i enlighet med dessa
- medverka i nätverksträffar för parterna

Den slutna vårdens ansvar är att:

- identifiera personer som har samordningsbehov efter utskrivning från sjukhuset och informera aktuella parter
- säkerställa att personen som inte längre har behov av slutenvård skrivs ut så snart som möjligt på ett tryggt och säkert sätt
- säkra en smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg för personen
- kontinuerligt kommunicera med övriga parter
- säkerställa att det finns namngivna medarbetare i funktionen som vårdsamordnare

Vårdsamordnare inom slutenvård ska:

- vara anträffbar på vård till vård nummer alternativt annat direktnummer
- tillse att personens delaktighet är central i planering under vårdtid
- informera personen om utskrivningsprocessen och vilka kontakter som tas inom vård och omsorg för att planera en trygg och säker utskrivning

- stödja, och informera den öppna vårdens vårdsamordnare samt aktuella parter inom kommunen
- informera alla parter när förändringar sker i personens status eller samordningsbehov
- delta på planeringsmöte när behov finns
- meddela aktuella parter när personen är utskrivningsklar
- dokumentera viktig information till personen i utskrivningsplanen
- vid kallelse delta på SIP
- ha kunskap om och följa gällande lagstiftning, länsövergripande riktlinjer och rutiner samt vid behov utveckla lokala arbetssätt och rutiner i enlighet med dessa
- medverka i nätverksträffar för parterna

Kommunens ansvar är att:

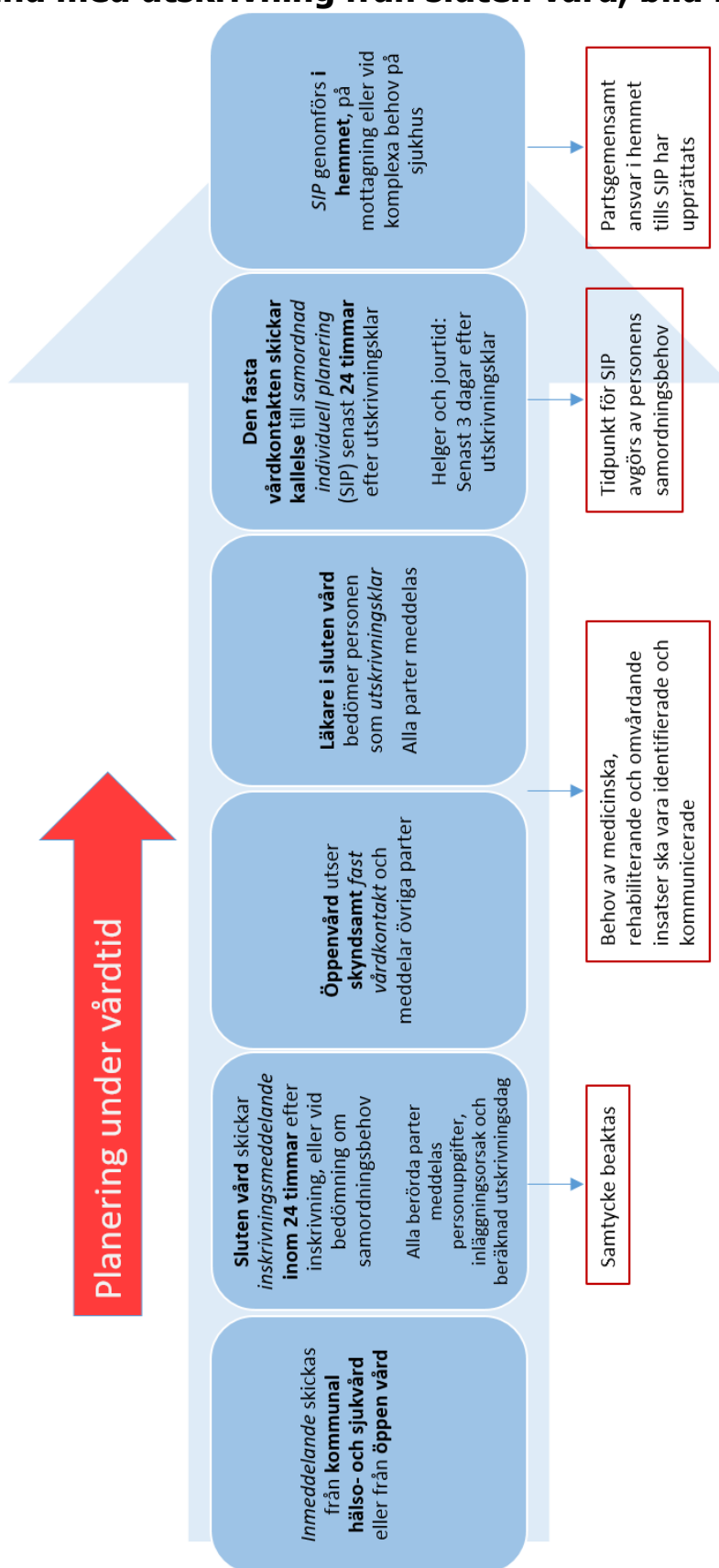
Både hälso- och sjukvård och socialtjänst kan vara involverade i processen.

- besluta om och förbereda de insatser som behövs för att personen så snart som möjligt ska kunna återvända till ordinärt eller kommunalt boende på ett tryggt och säkert sätt när denne är utskrivningsklar, det vill säga inte längre har behov av sluten vård
- säkra en smidig övergång från sluten vård till öppen vård och omsorg för personen
- kontinuerligt kommunicera med övriga parter

Kommunens medarbetare (biståndsbedömare, handläggare, HSL m fl.) som är ansvariga i processen ska:

- vara anträffbar på vård till vård nummer alternativt annat direktnummer
- tillse att personens delaktighet är central i planering under vårdtid
- informera aktuella parter vilka socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens insatser är
- samordna insatserna med regionens hälso- och sjukvård inför utskrivning
- utifrån ansökan från personen inhämta den information som behövs för att utreda och bedöma bistånd enligt SOL och/eller LSS
- dokumentera viktig information till personen i utskrivningsplanen
- vid kallelse delta på SIP
- ha kunskap om och följa gällande lagstiftning, länsövergripande riktlinjer och rutiner samt vid behov utveckla lokala arbetssätt och rutiner i enlighet med dessa
- medverka i nätverksträffar för parterna

Bilaga 2: Processen för samordnad vård- och omsorgsplanering i samband med utskrivning från slutna vård, bild för utskrift



Bilaga 3: Bedömning av planeringsspår i samband med utskrivning från slutna vård, bild för utskrift

