

GÄLLER FRÅN 2018-01-01

Gemensamma riktlinjer för samverkan

SAMORDNAD
INDIVIDUELL PLAN



Dokumentet

Huvudmän: Region Norrbotten och länets kommuner
i Norrbottens län

Upprättat på uppdrag av: Länsstyrgruppen November 2017

Godkänt av: Regionstyrelsen och socialnämnd/kommunstyrelse
i respektive kommun

Ansvariga för revidering: Länsstyrgruppen

Datum: November 2017

Version: 1.0

Dokumenttyp: Riktlinjer



Inledning

De gemensamma riktlinjerna för samverkan är framtagna av Länsstyrgruppen som består av representanter från Region Norrbotten och länets kommuner. Riktlinjerna är antagna av Politiska samverkansberedningen för hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola och därefter beslutade i regionstyrelsen och socialnämnd/kommunstyrelse i respektive kommun.

Innehåll

Klicka på raden för att länkas till vald sida

Dokumentinformation.....	2
Inledning.....	3
Samverkan.....	5
Samverkansorganisation.....	7–8
Fullmakt, framtidsfullmakt, god man, förvaltare och anhörigbehörighet.....	9–10
Hälso- och sjukvård i ordinärt boende.....	11
Hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer.....	12
Samordnad individuell plan.....	13
Fast vårdkontakt.....	14–15
IT-stöd Lifecare.....	16
Samordnad individuell planering i öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst.....	17–21
Samordnad individuell planering efter utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.....	22–33
Egenvård.....	34–37
Kommunens betalningsansvar.....	38
Öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård.....	39
Definitioner.....	44–45
Lagar och förordningar.....	46–47
Bilaga 1 Lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.....	48–53
Bilaga 2 Rutiner med spårförklaringar och patient.....	54
Bilaga 3 Det goda mötet.....	55

Samverkan

Ett bra samarbete och gemensamt ansvarstagande för den enskildes hälso- och sjukvård och socialtjänst är angeläget och nödvändigt för att säkerställa en samordnad vård, stöd och omsorg av god kvalitet.

Genom tydliga uppdrag och ansvarsfördelning skapas förutsättningar för en god och trygg vård och omsorg för den enskilde. Vidare stärks och underlättas det goda samarbetet. En annan fördel är att resurser används på rätt sätt, vilket gynnar hela samhället.

Vårt förhållningssätt ska utgå från att:

- Vi utgår från den enskildes behov
- Vi har förtroende för varandras kompetens
- Vi har tillit till att alla gör sitt bästa
- Vi är lojala mot fattade beslut och gällande rutiner
- Vi pratar gott om varandra
- För att lyckas behöver vi varandra

Mål

Målet för samverkan är att den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet ska tillgodoses. Den enskilde med behovsanpassade insatser ska få möjlighet att leva självständigt under trygga förhållanden och bli bemött med respekt för sitt självbestämmande och integritet.

Personcentrering

Personcentrerad vård och omsorg innebär att flytta fokus från sjukdom till personens erfarenheter och resurser. Genom att utgå från personens individuella resurser och behov anpassas åtgärder och förhållningssätt till individen och den aktuella situationen.

Personcentrerad vård och omsorg innebär att en överenskommelse görs med den enskilde (ofta tillsammans med närstående) där denne är aktiv i planering och genomförande av den egna vården och omsorgen. Med utgångspunkt från den enskildes beskrivning av sitt hälsotillstånd upprättas en samordnad individuell plan. Den är viktig för att säkerställa den enskildes delaktighet och rättigheter. För att samordnad individuell plan ska användas i en omfattning som motsvarar behoven behöver enskilda vara medvetna om rätten att begära en samordnad individuell plan och verksamheter behöver ha kunskap och kompetens att erbjuda en sådan.

Norrbus

Region Norrbotten och länets kommuner har gemensamma riktlinjer för samverkan för barn och unga, Norrbus. Målgruppen omfattar alla barn och unga, upp till och med 20 års ålder, som är i behov av stöd och hjälp från fler än en aktör.

Målet för arbetet kring barn och unga i Norrbottens län är att alla barn och unga har ett sådant stöd att de i möjligaste mån kan fostras, bo och leva i sin familj och vara kvar i sin närmiljö/klass som de tillhör.

Samverkans- organisation

För att samverkan ska resultera i mervärde för den enskilde krävs engagemang och tydlig styrning på alla ledningsnivåer inom respektive huvudmans ansvarsområde.

Politiska samverkansberedningen: Består av ledande förtroendevalda från Region Norrbotten och länets kommuner. Beredningens uppdrag är att säkerställa och utveckla samverkan mellan Region Norrbotten och länets kommuner, fastställa gemensamma politiska styrdokument och vara styrgrupp för länsstyrgruppen.

Länsnivå: I Norrbotten finns en länsstyrgrupp på tjänstepersonsnivå som hanterar samverkansfrågor mellan Region Norrbotten och länets kommuner. Länsstyrgruppen ska fastställa och följa upp länsövergripande överenskommelser och rekommendationer som därefter kommer att ligga till grund för lokala avtal. I länsstyrgruppen ingår socialchefer, barn- och utbildningschefer, chefer från regionens hälso- och sjukvård samt samordnare. Samordningsansvarig för länets kommuner är Norrbottens Kommuner.

Länsdel-/kommunnivå: Med länsdel avses de fem geografiska närsjukvårdsområdena som finns i länet; Piteå, Luleå-Boden, Kalix, Gällivare och Kiruna.

Närsjukvårdschefen i respektive område har ett övergripande samordningsansvar mellan Region Norrbotten och länets kommuner. Socialchefer, barn- och utbildningschefer, medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetschefer i regionen har ett gemensamt ansvar för samverkan på länsdelsnivå.

Verksamhetsnivå: Verksamheterna ansvarar för samverkan på individ- och gruppnivå. Samverkan styrs av lokala förutsättningar utifrån de gemensamt upprättade riktlinjer för samverkan.

Lokala rutiner: Respektive huvudman är ansvarig för att introducera och följa upp antagna samverkansriktlinjer. Verksamhetschefen/motsvarande är ansvarig för att rutiner finns för den egna verksamheten. Lokala rutiner ska förtydliga vem som gör vad på lokal nivå.

Avvikelsehantering: Vid brister i samverkan ska avvikelserapport skrivas så att förbättringar kan ske. Avvikelser som gäller Region Norrbotten hanteras enligt Region Norrbottens generella rutiner för avvikelshanteringsprocessen. Avvikelserapport som gäller kommunen skickas till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunen. Avvikelser som gäller kommunen hanteras enligt kommunens lokala rutiner för avvikelshantering. Avvikelser från kommunerna skickas till verksamhetschef på respektive enhet eller utsedd funktion i läns- alternativt närsjukvården.

Uppföljning av avvikelser: Uppföljning av avvikelser som berör samarbetet hanteras i samverkansorganisationen på respektive nivå.

Oenighet vid tillämpning av samverkansriktlinjer: Frågor angående tillämpning av samverkansrutiner i enskilda ärenden avseende verksamhets- och kostnadsansvar som inte kan lösas i samförstånd ska lyftas till närmaste verksamhetsnivå. I de fall frågan inte kan lösas lyfts frågan till samverkansgrupp på länsdelsnivå. Om frågan ändå inte kan lösas ansvarar en särskilt utsedd gemensam arbetsgrupp på länsnivå för att hantera samverkansfrågor kopplat till riktlinjerna.

Uppföljning: Uppföljning av följsamhet till processerna kommer att ske via gemensamt fastställda indikatorer.

Fullmakt, framtidsfullmakt, god man, förvaltare och anhörigbehörighet

Den enskilde företräder sig själv gällande vård-, stöd och omsorg, men om denne behöver stöd kan detta ges av någon som erhållit nedanstående förordnande eller uppdrag.

Fullmakt ska användas om den enskilde förstår vad denne skrivit på. Fullmakten ska gälla att sörja för person och bevaka den enskildes rätt. Om det finns fullmakt behövs ej god man. Om den som har fullmakt missköter sig ska anmälan göras om behov av god man/förvaltare.

Framtidsfullmakt är en fullmakt som den enskilde i förväg ger till en person att företräda denne om behov av detta uppstår i framtiden. Behovet kan uppstå om den enskilde drabbas av sjukdom, försvagat fysiskt eller psykiskt hälsotillstånd eller något liknande varaktigt förhållande. Fullmakten träder i kraft då den enskilde inte längre har förmåga att ha hand om de angelägenheter som fullmakten avser. Fullmakten får omfatta ekonomiska och personliga angelägenheter. Den får inte omfatta medicinska åtgärder eller utpräglade personliga angelägenheter ex att upprätta testamente. Framtidsfullmakt är ett alternativ till god man och förvaltare, när behovet uppstår. Lag 2017:310 om framtidsfullmakter trädde i kraft 1 juli 2017.

God man är en person som av tingsrätten förordnats för att tillvarata en annan persons rättsliga eller ekonomiska intressen eller sörja för hans person. God man får inte förordnas utan den enskildes samtycke om inte medicinska skäl föreligger. Om samtycke inte kan fås måste det framgå av läkarintyg att det föreligger medicinska skäl som gör att den enskilde behöver god man. God man är inte "istället för" utan ska alltid stå vid sidan om den enskilde. Den som ska tolka den enskildes vilja är gode mannen, inte personal inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst. En god man skiljer sig från en förvaltare genom att den enskilde behåller rätten att representera sig själv.

Förvaltare är en person som av tingsrätten förordnats för att företräda den enskilde i rättsliga och ekonomiska angelägenheter. I vård, stöd och omsorg samt boendefrågor bör förvaltaren inhämta den enskildes inställning om så är möjligt. En förvaltare får inte anordnas om god man är tillräckligt. Den enskildes rättsförmåga går förlorad vid förvaltarskap. Vid förvaltarskap krävs alltid läkarintyg.

Ansökan om god man/förvaltare I varje kommun finns en överförmyndare eller överförmyndarnämnd. Ansökan om god man/förvaltare skickas till tingsrätten eller överförmyndaren i kommunen. Tingsrätten fattar sedan beslut. Tingsrätten kan i brådskande ärenden besluta om interimistiskt beslut. Ange då att det rör sig om interimistiskt beslut i ansökan. Det är möjligt att lämna förslag på lämplig person som kan utses till god man eller förvaltare för att snabba på processen. Det finns ingenting som säger att släkting har företräde att bli god man eller förvaltare för en anhörig.

Den som i sin yrkesutövning uppmärksammar att den enskilde har behov av en företrädare i form av god man eller förvaltare är ansvarig för att föra ärendet vidare till överförmyndarnämnden i kommunen. För att få information om en person har god man eller förvaltare kan kontakt tas med överförmyndare/överförmyndarnämnden i kommunen.

Anhörigbehörighet Innebär att anhöriga får vidta vardagliga rättshandlingar för den enskildes räkning när denne inte längre kan ta hand om sina ekonomiska angelägenheter. Den omfattar inte personliga angelägenheter så som vård och omsorg. Turordning för vem som får företräda den enskilde är enligt följande: make/maka eller sambo, barn, barnbarn, föräldrar, syskon och sist annan närstående.

Hälso- och sjukvård i ordinärt boende

Från och med 1 februari 2013 övertog länets kommuner ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser upp till och med sjuksköterskenivå i ordinärt boende för personer 18 år och äldre. Överföringen av ansvaret för hälso- och sjukvård i ordinärt boende i Norrbottens län omfattar både oplanerade och planerade hembesök och hemsjukvårdsbesök.

Hemsjukvård definieras som hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska insatserna är sammanhängande över tid.

Kommunernas ansvar gäller för hälso- och sjukvårdsinsatser som omfattar sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Kommunen ansvarar för den hälso- och sjukvård som ges i det egna hemmet till personer som på grund av sjukdom, funktionsnedsättning eller social situation (t ex psykiska besvär, saknar stöd från anhöriga) inte på egen hand eller med stöd kan uppsöka hälsocentral. Hemsjukvårdsavtalet reglerar att kommunaliseringen avser endast de hembesök och hemsjukvårdsbesök som primärvården ansvarar för. Varje hemsjukvårdspatient ska ha en behandlingsansvarig läkare i primärvård och/eller specialiserad öppenvård. Läkarmedverkan i ordinärt boende finns reglerat i ett upprättat samverkansavtal mellan Region Norrbotten och länets kommuner.

Befolkningen ska i första hand vända sig till primärvården för hälso- och sjukvård. Det innebär att kommunen inte har ansvar för patienter som på egen hand kan ta sig till hälsocentralen.

Hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar de personer som bor i särskilda boendeformer eller bostad med särskild service och de som vistas i dagverksamheter. Ansvaret omfattar insatser till och med sjuksköterskenivå. Kommunens ansvar omfattar även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel som utförs av legitimerad arbetsterapeut och legitimerad fysioterapeut.

Läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer finns reglerat i ett upprättat samverkansavtal mellan Region Norrbotten och länets kommuner. I uppdraget ingår fast konsultationstid och rutiner för samverkan mellan hälsocentralen och det särskilda boendet. Tillgång till läkarmedverkan ska finnas dygnet runt alla dagar men ska planeras och utföras så långt det är möjligt under kontorstid.

Det geografiska upptagningsområdet är grunden för hälsocentralens ansvar för kommunens särskilda boendeformer. Den enskildes val av hälsocentral sammanfaller inte alltid med den hälsocentral som har det geografiska ansvaret för boendet. Det är den behandlingsansvarige läkaren som ansvarar för frågor som berör den enskilde.

Samordnad individuell plan

De personer som har behov av samordnade insatser ska erbjudas en samordnad individuell plan, SIP. Detta ska ske när en person själv önskar eller personal uppmärksammat behovet. Målet är att den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet ska tillgodoses. Den gemensamma planen ska bygga på delaktighet och samtycke från den enskilde. Den enskilde ska ge sitt samtycke för att informationsöverföring mellan berörda parter ska kunna göras.

Samordnad individuell plan ska klargöra den enskildes mål, vilka insatser som behövs, vem som ska samordna insatserna samt vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för. Det kan vara insatser från flera verksamheter och yrkesföreträdare.

För personer med sammansatta behov är det angeläget att de sociala, medicinska, psykiska och fysiska behoven, inklusive habilitering och rehabilitering tillgodoses ur ett helhetsperspektiv. Arbetet ska utföras utifrån ett etiskt förhållningssätt baserat på personcentrerad vård, likabehandling och icke diskriminering.

Om den enskilde i särskilda boendeformer för äldre önskar eller om hälso- och sjukvårdspersonal/enhetschef ser ett behov av samordnad planering ska samordnad individuell plan upprättas.

För bistånd enligt Socialtjänstlagen, SoL eller insatser enligt Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS ska den enskilde själv eller genom en ställföreträdare ansöka om detta. En ansökan kan om inte annat är möjligt ske muntligt av den enskilde eller närstående/godman/förvaltare med giltig fullmakt/förordnande och kan senare följas av skriftlig ansökan.

Fast vårdkontakt

Fast vårdkontakt regleras i Patientlagen och Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

När

En fast vårdkontakt ska utses av verksamhetschef om det är nödvändigt för att tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet eller om den enskilde begär det. Den enskildes önskemål ska så långt som det är möjligt respekteras när den fasta vårdkontakten utses. Fast vårdkontakt ska utses i samband med upprättande av samordnad individuell plan. Den fasta vårdkontakten bör finnas där den huvudsakliga vården bedrivs dvs där grundsjukdomen behandlas eller där personen huvudsakligen vistas. Den fasta vårdkontakten ska dokumenteras i journalen och i samordnad individuell plan.

Den enskilde kan ha flera fasta vårdkontakter. Det är viktigt att det framgår i den samordnade individuella planen vem av de fasta vårdkontakterna som har samordningsuppdraget. För personer med livshotande tillstånd ska en fast vårdkontakt utses på läkarnivå. Samordningsuppdraget kan ligga på en annan fast vårdkontakt än läkaren.

Ansvar

Den fasta vårdkontaktens ansvar är att bistå den enskilde i att samordna dennes behov av hälso- och sjukvårds insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson mot andra berörda aktörer.

En fast vårdkontakt ska vara en namngiven person. Den enskilde ska erhålla tydlig information om vem/vilka som är fast vårdkontakt (namn, arbetsplats, telefonnummer).

Fast vårdkontakt i öppenvård för personer i ordinärt boende

För den enskilde i ordinärt boende ska den fasta vårdkontakten utses i den landstingsfinansierade öppna vården.

Alla patienter inom hemsjukvården ska ha en fast vårdkontakt med samordningsansvar i den kommunala hälso- och sjukvården och en behandlingsansvarig läkare inom primärvård eller specialiserad öppenvård.

Fast vårdkontakt för personer i särskilda boendeformer

För den enskilde i särskilda boendeformer utses den fasta vårdkontakten inom kommunen.

Fast vårdkontakt vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

I samband med utskrivning från slutet hälso- och sjukvård ska den fasta vårdkontakten utses i den landstingsfinansierade öppna vården.

I samband med utskrivning från slutet hälso- och sjukvård ska den fasta vårdkontakten ansvara för att kalla till samordnad individuell planering.

IT-stöd Lifecare

För en säker informationsöverföring mellan Region Norrbotten och länets kommuner ska ett gemensamt IT-stöd användas, Lifecare. IT-stödet ska användas både vid samordnad individuell planering i öppenvård och vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård för alla personer oavsett ålder och diagnos. Det gäller även för öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.

För att möta det behov som finns för att tillgodose planering utifrån den enskildes samlade behov. En samordnad individuell plan ska upprättas i Lifecare. För att öka den enskildes delaktighet ska denne erhålla sin plan utskrivna på papper och/eller kunna ta del av den via visning på 1177 Vårdguiden.

För hälso- och sjukvårdspersonal samt socialtjänstpersonal gäller även dokumentation av uppgifter i journalsystem/ verksamhetssystem enligt gällande regelverk och lokal rutin.

Support

Användarstöd och superanvändare är första linjens support till användare på respektive enhet. Uppdraget är att ge användare stöd vid problem med IT-stödet.

Vid störningar/driftavbrott i Lifecare

- Region Norrbotten - kontaktar Teknikakuten via mail eller per telefon.
- Länets kommuner – under utredning.

När Lifecare inte går att använda på grund av driftavbrott måste nödvändiga kontakter ske via telefon mellan aktörerna. Detta dokumenteras i respektive journalsystem/verksamhetssystem.

Samordnad individuell planering i öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst

När den enskilde, oavsett ålder och/eller diagnos, har behov av samordnade insatser ska en samordnad individuell plan upprättas i Lifecare. Om den enskilde önskar eller personal uppmärksammar att den enskilde har behov av samordning ansvarar behörig personal för att inhämta samtycke till att upprätta en samordnad individuell plan. Detta ska dokumenteras i Lifecare innan kallelse skickas.

Respektive aktör kan tillsammans med den enskilde registrera den enskildes förmågor och begränsningar. Denna del är inte obligatorisk. Detta kan underlätta för kallade aktörer att få en uppfattning om den enskildes behov och vilka insatser som kan bli aktuella.

Genom god och sammanhållen planering ska onödiga inskrivningar på sjukhus undvikas. Samordnad individuell planering i öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst sker vardagar måndag till fredag.

Vid samordning av insatser kring habilitering och rehabilitering ska särskild hänsyn tas till enskilda med långvariga behov. Insatserna kan vara arbetslivsinriktade, medicinska, pedagogiska, psykologiska, sociala och tekniska och ska utgå från den enskildes behov, förutsättningar och intressen.

När samordning av insatser för ett barn planeras ska barnets inställning till samordningen så långt som möjligt klarläggas. Ett barn som har uppnått tillräcklig ålder, mognad och utveckling ska ges möjlighet att själv delta aktivt i planeringen av samordningen.

Enligt gällande avtal ska en samordnad individuell plan alltid upprättas/följas upp för hemsjukvårdspatienter.

Om den enskilde i särskilda boendeformer för äldre önskar eller om hälso- och sjukvårdspersonal/enhetschef ser ett behov av samordnad planering ska samordnad individuell plan upprättas.

Kallelse - Samordnad individuell planering

Ansvarig

Ansvarig för att kallelse till samordnad planering skickas är den personal som uppmärksammar behovet av nya eller förändrade insatser av vård, stöd och omsorg. Den personen blir initialt samordningsansvarig.

I ansvaret ingår att i samråd med den enskilde bedöma vilken eller vilka aktörer som ska närvara för att den samordnade planeringen ska kunna genomföras och den enskildes behov bli tillgodosedda.

När

Kallelse ska skickas när det finns behov av samordning för att tillgodose den enskildes behov. Kallelse till samordnad planering ska skickas snarast, dock senast inom tre arbetsdagar från det att behovet blivit känt. Själva mötet bör äga rum inom 3-21 dagar.

Med påbörjad planering avses en aktiv kontakt (via Lifecare) mellan aktörer som har mandat att företräda respektive huvudman.

Till

Det är den enskildes behov som avgör vilka professioner som ska kallas till möte.

Kallelse till samordnad individuell planering kan skickas till:

- den enskilde och/eller närstående eller legal företrädare
- socialtjänst
- kommunal hälso- och sjukvård
- landstingsfinansierad öppenvård ex primärvård, psykiatrisk öppenvård eller annan öppenvård
- annan aktör ex skola, försäkringskassa och arbetsförmedling

Hur

Den samordningsansvarige ska skicka en kallelse till samordnad planering till de aktörer som bedöms behöva delta i planeringen.

Uppföljning av samordnad individuell plan

Kallelse till uppföljning ska skickas utifrån tidigare överenskommet datum för uppföljning eller när den enskilde tillsammans med den samordningsansvarige beslutat om datum för uppföljning. Kallelsen ska skickas så snart beslut om datum för uppföljning finns överenskommet mellan den enskilde och samordningsansvarig.

Ansvarig

Ansvarig för att kalla till uppföljning av samordnad individuell plan är den samordningsansvarige.

I Lifecare

Registrera kallelsen i Lifecare. Välj mötesform, plats, mötet avser, datum, starttid och sluttid. Lägg till vilka aktörer som ska delta vid mötet.

Kontrollera att uppgifter om folkbokförd adress stämmer och registrera den enskildes telefonnummer för att säkerställa att denne kan kontaktas vid behov. Registrera kontaktuppgifter till närstående, framförallt att telefonnummer finns tillgängligt.

Kontrollera att kommuntillhörighet och listad hälsocentral stämmer.

Möte – Samordnad individuell planering

Mötet genomförs utifrån den enskildes behov, resurser och önskemål. Mötet kan genomföras i den enskildes hem, på hälsocentralen/öppenvårdsmottagning eller annan lokal den enskilde finner lämpligast. Mötesform kan variera; möte fysiskt i samma lokal, videomöte alternativt telefonmöte.

Om den enskilde önskar så kan närstående delta vid mötet.

Ansvarig

Ansvarig för att leda mötet är den samordningsansvarige, som också kallat till mötet. Den aktör som kallas till samordnad individuell planering är skyldig att delta och ska bidra till mötet på ett konstruktivt sätt utifrån den enskildes behov. Vid mötet kan ny samordningsansvarig utses. Se bilaga Det goda mötet.

När

Mötet ska äga rum överenskommen tid och plats.

Hur

Mötet äger rum på den plats och i den form den enskilde önskar. Det är den enskildes behov som avgör valet av mötesform.

- Fysiskt möte: alla kallade närvarar i samma fysiska lokal. Kan ske i hemmet, hälsocentral, mottagning, kommunal lokal eller annan plats.
- Videomöte: den samordningsansvarige ansvarar för att de deltagare som ska delta på distans har tillgång till det virtuella mötesrummets möteslänk.
- Telefonkonferens: den samordningsansvarige ansvarar för att alla deltagare, inklusive patienten och dennes närstående, har kännedom om telefonnummer och möteskod till mötet.

Respektive huvudman ansvarar för den egna digitala tekniska utrustningen.

Riktlinjer för mötet

För den enskilde som har behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser/socialtjänstinsatser i hemmet ansvarar kommunens personal för mottagandet och svarar för att ansluta ansvarig läkare till mötet.

För barn och unga under 18 år ansvarar den landstingsfinansierade öppna vården för att delta i mötet tillsammans med barnet/den unga och ansluta andra aktörer.

För den enskilde med behov av socialtjänst och landstingsfinansierad hälso- och sjukvård bistår den personal som deltar i mötet tillsammans med den enskilde för att ansluta andra aktörer. Mötet kan exempelvis hållas på hälsocentralen, i den enskildes hem eller i skolan utifrån personens behov.

För den enskilde som själv, eller med hjälp av närstående, klarar av att koppla upp sig till ett samordnat planeringsmöte via telefon eller video kan övriga deltagare medverka via digital teknik.

Samordnad individuell plan - SIP

Upprättande av samordnad individuell plan får endast göras om den enskilde har lämnat samtycke. Den enskilde kan välja att anta eller avstå erbjudna insatser. En huvudman kan inte erbjuda eller fatta beslut om insatser som någon annan ska tillhandahålla.

Ansvarig

Att en samordnad individuell plan utformas är ett gemensamt ansvar för de aktörer som företräder berörda huvudmän. Huvudregeln är att den aktör som har mest kontakt med den enskilde får det övergripande ansvaret för samordningen.

Den som kallat till mötet (den samordningsansvarige) har ansvaret att göra den enskilde delaktig i den samordnade individuella planeringen.

Den samordningsansvarige har ansvar för att upprättad plan lämnas till den enskilde.

När

Samordnad individuell plan ska upprättas när samordning behövs för att den enskilde ska få sina behov av samordning tillgodosedda. Samordnad individuell plan ska upprättas inom 3-21 dagar från det att behovet blivit känt.

Samordnad individuell plan ska vara dokumenterad av deltagande aktörer inom tre dagar efter det att mötet ägt rum.

Den samordnade individuella planen ska kontinuerligt följas upp av berörda aktörer tillsammans med den enskilde.

Vad

Samordnad individuell plan ska innehålla uppgifter om den enskildes egna mål, beskrivna behov och egna resurser. Respektive aktör ska tillsammans med den enskilde planera insatser för att möta beskrivna behov. I den samordnade individuella planen ska uppgifter om vilken enhet som är ansvarig för respektive insats dokumenteras.

Uppföljning

Vid upprättande av den samordnade individuella planen ska datum för uppföljning beslutas och dokumenteras, samt vem som ansvarar för vad.

I den samordnade individuella planen ska det framgå:

- den enskildes huvudmål och delmål
- vilka insatser som behövs
- vilka insatser som respektive aktör eller den enskilde själv ska svara för
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än Region Norrbotten eller kommunen
- vilken aktör som ska samordningsansvaret
- tidsplan för måluppfyllelse, insatser, uppföljning och utvärdering

Avsluta samordnad individuell plan

När målen är uppfyllda och det inte längre finns behov av insatser som behöver samordnas eller om den enskilde drar tillbaka sitt samtycke ska den samordnade individuella planen avslutas. Den samordningsansvarige ansvarar för att avsluta planen och ska även ange orsak.

När den enskilde avlider ska den samordnad individuella planen avslutas.

I Lifecare

Respektive aktör ska dokumentera sin del i den samordnade individuella planen i Lifecare inom tre dagar från det att mötet ägt rum. Planen ska kommuniceras muntligt och skriftligt med den enskilde.

Samordnad individuell planering efter utskrivning från slutenvård

Från och med 1 januari 2018 träder lagen om "Samverkan vid utskrivning från slutenvård" i kraft. Betalningsansvarslagen 1990:1404 upphör därmed. En förändring blir att den enskilde får en samordnad individuell plan som följer denne oavsett om den upprättas i öppenvård eller i anslutning till utskrivning från slutenvård. En samordnad individuell plan ska erbjudas utifrån behov oavsett ålder och diagnos. Utskrivning från slutenvård ska kunna ske årets alla dagar.

Lagen syftar till att:

- Säkerställa en god samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser utifrån patientens behov efter utskrivning från sjukhus.
- Öka patientens delaktighet.
- Främja korta ledtider och att patienten ska skrivas ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.
- Den landstingsfinansierade öppna vården ska aktivt medverka och därigenom nå en ökad delaktighet.
- Samordnad individuell planering ska i möjligaste mån upprättas i den enskildes hem.

Samordnad individuell plan ska upprättas tillsammans med patienten inom 0-21* dagar efter utskrivning från slutenvård för de som har behov av samordnad planering. Detta gäller även för patienter i LSS- och psykiatriboenden. Har patienten en upprättad plan ska denna följas upp 1-21 dagar efter utskrivning från slutenvården.

Vid samordning av insatser kring habilitering och rehabilitering ska särskild hänsyn tas till enskilda med långvariga behov. Insatserna kan vara arbetslivsinriktade, medicinska, pedagogiska, psykologiska, sociala och tekniska och ska utgå från den enskildes behov, förutsättningar och intressen.

När samordning av insatser för ett barn planeras ska barnets inställning till samordningen så långt som möjligt klarläggas. Ett barn som har uppnått tillräcklig ålder, mognad och utveckling ska ges möjlighet att själv delta aktivt i planeringen av samordningen.

Om den enskilde i särskilda boendeformer för äldre önskar eller om hälso- och sjukvårdspersonal/enhetschef ser ett behov av samordnad planering ska en samordnad individuell plan upprättas. Det är patientens behov som kommer att styra huruvida det räcker med ett inskrivningsmeddelande, meddelande om utskrivningsklar samt utskrivningsmeddelande till primärvård och det särskilda boendet. Det blir den landstingsfinansierade öppna vården tillsammans med patienten och ansvarig sjuksköterska/ chef på boendet som avgör om kallelse till samordnad individuell planering ska skickas i samband med utskrivning från sjukhus. För den enskilde i särskilda boendeformer för äldre som inte har behov av samordnad individuell plan sker samverkan, planering, genomförande och uppföljning utifrån upprättade avtal. Planeringen dokumenteras i respektive journalsystem/ verksamhetssystem.

*Se bilaga Rutin spår

Målet är att patienten ska känna sig trygg och vara delaktig i sin planering vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. För att åstadkomma en god vård ska ledtiderna mellan slutna vård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilda boendeformer hållas så korta som möjligt. Onödig vistelse på sjukhus ska undvikas.

OBS-platser

För utskrivningsklara patienter vid hälsocentralernas OBS-platser ska samordnad individuell planering vid utskrivning genomföras på samma sätt som för patienter på sjukhus.

Behandlande läkare

Ansvar

Den behandlande läkaren ska ansvara för att bedöma:

- Om patienten kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och/eller den landstingsfinansierade öppna vården efter det att patienten har skrivits ut.
- Den behandlande läkaren ska även bedöma preliminärt utskrivningsdatum.

När

Bedömningen ska ske i samband med det att patienten skrivs in i slutna hälso- och sjukvård eller så snart det är lämpligt utifrån patientens hälsotillstånd.

Inskrivningsmeddelande

Inskrivningsmeddelande ska skickas för en patient där den behandlande läkaren bedömer att nya eller fortsatta insatser från socialtjänst och/eller kommunal hälso- och sjukvård och landstingsfinansierad öppenvård kan komma att bli aktuella efter sjukhusvistelsen för att patientens hemgång ska bli trygg och säker.

För att skicka inskrivningsmeddelande i Lifecare krävs att patientens samtycke till informationsöverföring och sammanhållen journal först inhämtas och registreras. Säger patienten nej till informationsöverföring kan vissa uppgifter trots det skickas. Görs menprövning ska detta även journalföras. Patienten ska göras delaktig i processen.

Utrednings- och planeringsarbetet ska starta så snart inskrivningsmeddelandet är skickat.

Ansvarig

Ansvarig för bedömning om patienten har behov av insatser efter utskrivning är den behandlande läkaren. Det innebär att läkaren ska avgöra om ett inskrivningsmeddelande ska skickas. De administrativa uppgifterna kan utföras av alla yrkesprofessioner.

När

Inskrivningsmeddelande ska skickas inom 24 timmar efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten har behov av fortsatta eller nya insatser efter utskrivning från följande:

- socialtjänst
- kommunal hälso- och sjukvård
- personer som bor i särskilda boendeformer
- landstingsfinansierad öppenvård ex primärvård, psykiatrisk öppenvård eller annan öppenvård

Mottagande enheter/professioner ska kvittera inskrivningsmeddelandet senast kl 09.00 respektive kl 14.00. Verksamheterna ska påbörja den egna planeringen tillsammans med patienten och/eller dess närstående snarast efter det att inskrivningsmeddelandet är skickat.

Till

Inskrivningsmeddelande skickas endast till kommunens socialtjänst när patienten enbart har behov av sociala insatser.

Inskrivningsmeddelande skickas alltid till både den landstingsfinansierade öppenvården och den kommunala hälso- och sjukvården när patienten har behov av kommunens hälso- och sjukvård.

Inskrivningsmeddelande skickas alltid till socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården samt den landstingsfinansierade öppenvården när patienten har behov av både socialtjänst och kommunens hälso- och sjukvård.

Vem

Inskrivningsmeddelandet skickas av utsedd funktion på vårdavdelningen.

Inskrivningsmeddelandet kvitteras av utsedd funktion vid mottagning/enhet.

Vad

I inskrivningsmeddelandet ska preliminärt utskrivningsdatum framgå.

När inskrivningsmeddelandet är skickat ska mottagande aktörer påbörja den **egna planeringen** omgående i samråd med patienten och/eller dess närstående. Den egna planeringen ska kunna genomföras årets alla dagar. Den egna planeringen syftar till att varje aktör själv planerar för de insatser/åtgärder som är aktuella för patienten för att denne ska kunna komma hem på ett tryggt och säkert sätt efter slutenvårdsvistelsen. Samtliga berörda enheter ansvarar för att genomföra effektiva planeringsprocesser. Professioner kan utbyta information med varandra. Riktmarke för när dessa insatser/åtgärder ska finnas på plats är det preliminära datum för utskrivning som framgår i inskrivningsmeddelandet.

I Lifecare

Uppgifter som ska finnas med och kan skickas utan samtycke:

- patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress
- beräknad tidpunkt för utskrivning (kan kompletteras inom 24 timmar eller registreras så snart behov av insatser efter utskrivning identifierats)

Om beräknad tidpunkt för utskrivning förändras ska inskrivningsmeddelandet uppdateras och skickas på nytt så snart det är möjligt.

- inskrivningsorsak (kräver att samtycke finns).

Kontrollera att patientens eventuella mobilnummer finns tillgängligt för att säkerställa att denne kan kontaktas vid behov.

Kontrollera att kontaktuppgifter till närstående, framför allt att mobilnummer finns tillgängligt.

Underlag

I samband med att slutenvården skickar inskrivningsmeddelande ska de också upprätta ett underlag. Underlaget innehåller att antal frågor om den enskildes hälsotillstånd, resurser och behov. I Lifecare fungerar underlaget som ett beslutsstöd genom att föreslå ett färgspår utifrån svaren på frågorna. Färgspåret ger en rekommendation till öppenvården när i tid de behöver kalla till ett samordnat individuellt planeringsmöte efter patientens utskrivning från slutenvården.

Ansvarig

Ansvarig funktion för att underlaget registreras ska utses på respektive vårdavdelning av verksamhetschef i den slutna vården.

När

Underlaget ska fyllas i av slutenvården inom 24 timmar efter det att inskrivningsmeddelandet är skickat.

Underlaget ska uppdateras så snart som möjligt när patientens tillstånd, behov eller resurser förändras.

När mottagare av inskrivningsmeddelandet kvitterar detta får de svara på ett antal frågor som adderas till det påbörjade underlaget.

Vad

Av underlaget framgår patientens bedömda behov av fortsatta insatser och åtgärder efter utskrivning.

I Lifecare

Svara på de ja/nej frågor som ingår i underlaget samt lämna kommentarer om det behövs för att tydliggöra patientens bedömda behov.

Fast vårdkontakt

När den landstingsfinansierade öppna vården tagit emot ett inskrivningsmeddelande ska verksamhetschefen vid enheten utse en fast vårdkontakt för patienten innan denne skrivs ut från den slutna vården. Om patienten redan har en fast vårdkontakt vid

enheten kan denne fortsätta vara patientens fasta vårdkontakt. Även om patienten sedan tidigare har en fast vårdkontakt utsedd inom den kommunala hälso- och sjukvården ska den landstingsfinansierade öppna vården utse en fast vårdkontakt för patienten i samband med utskrivning från slutenvård.

Ansvarig

Verksamhetschefen ansvarar för att utse den fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppenvården.

Den fasta vårdkontakten blir ansvarig för att kalla till samordnad planering om patienten samtycker till detta.

När

Den fasta vårdkontakten i öppenvården ska utses när inskrivningsmeddelandet är mottaget och måste vara utsedd innan patienten skrivs ut från den slutna vården.

Utskrivningsklar

När den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar ska meddelande om detta skickas till de enheter/ professioner som mottagit inskrivningsmeddelandet.

När meddelande om utskrivningsklar är skickat ska mottagande aktörers egna planering vara klar så att patienten kan komma hem samma dag.

Nödvändiga dokument inför hemgång ska vara klara, t ex patientinformation (PINF), uppdaterad läkemedelslista och vid behov egenvårdsintyg.

Det preliminära datum för utskrivning som anges i inskrivningsmeddelandet bör överensstämja med faktiskt datum för utskrivningsklar. Om preliminärt datum för utskrivning ändras måste meddelandet uppdateras för att ge mottagande enheter möjlighet att ändra planeringen.

Ansvarig

Det är den behandlande läkaren i den slutna hälso- och sjukvården som bedömer när patienten är utskrivningsklar. Den bedömningen kan inte göras av andra yrkesprofessioner.

Mottagande enheter/professioner ansvarar för att meddela vårdavdelningen när och hur de kan ta emot patienten i hemmet efter utskrivning. Den egna planeringen ska vara klar och patienten ska kunna erbjudas att komma hem samma dag som meddelande om utskrivningsklar skickats. Det gäller årets alla dagar.

När

Meddelande om att patienten är utskrivningsklar ska skickas samma dag som denna är utskrivningsklar. Om meddelande om utskrivningsklar skickas före kl 12.00 räknas den dagen som dag ett vid beräkning av betalningsansvar och betalningsansvaret inträder på dag fyra. Om meddelandet skickas efter kl 12.00 räknas den dagen som dag ett men betalningsansvaret inträder på dag fem.

Mottagande enheter/professioner ska kvittera meddelandet om utskrivningsklar snarast, dock senast kl 09.00 och kl 14.00 årets alla dagar.

I Lifecare

Utskrivningsklar registreras i Lifecare och skickas till de enheter/professioner som mottagit inskrivningsmeddelandet.

Uppgifter som ska finnas med:

- datum för när patienten är bedömd som utskrivningsklar
- ansvarig läkare/kontaktperson inom den slutna vården
- ansvarig sjuksköterska inom den slutna vården
- läkaransvar överlämnat till (namngiven person inom landstingsfinansierade öppna vården)

Mottagande enheter/professioner av meddelande om utskrivningsklar ska i formuläret Patientinformation dokumentera den egna planeringen som slutenvården ska skriva ut och ge patienten vid utskrivning.

Utskrivningsmeddelande

De enheter/professioner som mottagit inskrivningsmeddelandet ska meddelas om att patienten blir utskriven från den slutna vården.

Ansvarig

Ansvarig för att meddelande skickas är den slutna vården där patienten är inskriven.

När

Utskrivningsmeddelande ska skickas senast samma dag som patienten skrivs ut från den slutna vården.

Mottagande enheter/professioner ska kvittera utskrivningsmeddelandet snarast, dock senast kl 09.00 och 14.00 årets alla dagar.

Utskrivning ska kunna ske årets alla dagar.

Till

Utskrivningsmeddelande skickas till de enheter/professioner som mottagit inskrivningsmeddelandet.

Observera

Har patienten tackat nej till att medverka i samordnad individuell planering ska det registreras i Lifecare.

Om patienten avlidit ska detta registreras i Lifecare under avliden. Det avslutar då vårdtillfället och eventuellt pågående samordnad individuell plan.

I Lifecare

Utskrivningsmeddelandet registreras i Lifecare. Uppgifter om datum för hemgång samt nödvändig information ska dokumenteras.

Kallelse

Tänk på att minimera antalet professioner som kallas till planeringen eftersom det är en utsatt situation för patienten.

Ansvarig

Ansvarig för att kallelse till samordnad individuell planering skickas är den utsedda fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppenvården.

I ansvaret ingår att i samråd med patienten bedöma vilken eller vilka aktörer som ska närvara för att den samordnade planeringen ska kunna genomföras och patientens behov bli tillgodosedda.

När

Kallelse ska skickas när det finns behov av samordning av insatser från olika huvudmän för att tillgodose patientens behov. Kallelse ska inte skickas när patienten endast har behov av socialtjänst eller för patient i särskild boendeform för äldre där behov av samordnad individuell planering inte bedöms behövas.

Kallelse till samordnad individuell planering ska skickas senast tre dagar efter det att underrättelse om att patienten är utskrivningsklar är skickat.

Till

Det är patientens behov som avgör vilka professioner som ska kallas.

Kallelse till samordnad individuell planering kan skickas till:

- den enskilde och/eller närstående eller legal företrädare
- socialtjänst
- kommunal hälso- och sjukvård
- landstingsfinansierad öppenvård ex primärvård, psykiatrisk öppenvård eller annan öppenvård
- annan aktör ex skola

Hur

Den fasta vårdkontakten ska skicka en kallelse till berörda enheter/ professioner. Till patienten och annan aktör skrivs kallelsen ut på papper och skickas som brev.

Om kallelse skickas innan patienten är utskriven från den slutna hälso- och sjukvården ska den fasta vårdkontakten meddela slutenvården datum och tid för det samordnade individuella mötet.

I Lifecare

Registrera kallelsen i Lifecare. Välj mötesform, plats, mötet avser, datum, starttid och sluttid utifrån vad som är överenskommet med patienten. Lägg till vilka enheter/professioner som ska delta vid mötet.

Möte – Samordnad individuell planering

Mötet genomförs utifrån patientens behov, resurser och önskemål. Mötet kan genomföras i patientens hem, på hälsocentralen/ öppenvårdsmottagning eller annan lokal patienten finner lämplig. Mötesform kan variera; möte fysiskt i samma lokal, telefonkonferens alternativt via videomöte. Mötet sker nästan uteslutande efter det att patienten skrivits ut från den slutna hälso- och sjukvården.

Närstående kan delta vid planeringsmötet om patienten önskar.

Ansvarig

Ansvarig för att leda mötet är den fasta vårdkontakten, som också kallat till mötet. Alla medverkande ska bidra i mötet på ett konstruktivt sätt utifrån ett personcentrat förhållningssätt se bilaga Det goda mötet.

Den aktör som kallas till samordnad individuell planering är skyldig att delta.

När

Mötet ska äga rum överenskommen tid och plats.

Hur

Mötet äger rum på den plats och i den form patienten önskar. Det är patientens behov som avgör valet av mötesform.

- Fysiskt möte: alla kallade närvarar i samma fysiska lokal. Kan ske i hemmet, hälsocentral, mottagning, kommunal lokal eller annan plats.
- Videomöte: den samordningsansvarige ansvarar för att de deltagare som ska delta på distans har tillgång till det virtuella mötesrummets möteslänk.
- Telefonkonferens: den samordningsansvarige ansvarar för att alla deltagare, inklusive patienten och dennes närstående, har kännedom om telefonnummer och möteskod till mötet.

Det viktiga är att det finns ett deltagande från enhetens professioner som är kallade så att den samordnade individuella planen kan upprättas tillsammans med patienten.

Respektive huvudman ansvarar för den egna digitala tekniska utrustningen.

Riktlinjer för mötet

När den egna planeringen är genomförd och patienten är aktuell för utskrivning och är bedömd att ha behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet ansvarar kommunens hälso- och sjukvårdspersonal för mottagandet och svarar för att ansluta ansvarig läkare till mötet.

För barn och unga under 18 år ansvarar den landstingsfinansierade öppna vården för att delta i mötet tillsammans med patienten och ansluta andra aktörer.

För patient som har behov av landstingsfinansierad hälso- och sjukvård och socialtjänst ska den personal som deltar i mötet tillsammans med patienten, svara för att ansluta andra aktörer. Det kan vara ansvarig inom hälsocentral/öppna mottagningar eller inom socialtjänsten, på den plats den enskilde väljer. Exempelvis hälsocentral, hemmet, skola etc.

För patient som skrivs ut från Beroendecentrum ska en samordnad individuell plan upprättas innan utskrivning.

För patient som själv, eller med hjälp av närstående, klarar av att koppla upp sig till ett samordnat planeringsmöte via telefon eller video kan övriga deltagare medverka via digital teknik.

Samordnad individuell plan - SIP

Med samordnad individuell planering avses samordning mellan patientens behov och önskemål och aktörernas planerade insatser. Upprättande av samordnad individuell plan får endast göras om patienten har lämnat samtycke. Patienten kan välja att anta eller avstå erbjudna insatser. En huvudman kan inte erbjuda eller fatta beslut om insatser som någon annan ska tillhandahålla.

Ansvarig

Att en samordnad individuell plan utformas är ett gemensamt ansvar för berörda huvudmän. Den fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppna vården som kallat till mötet (den samordningsansvarige) har ansvaret för att göra patienten delaktig i planeringen. Den samordningsansvarige i den landstingsfinansierade öppna vården har ansvar för att den upprättade planen lämnas till patienten.

Huvudregeln är att den aktör som framgent har mest kontakt med den enskilde får det fortsatta övergripande ansvaret för samordningen och utses till fast vårdkontakt.

När

Samordnad individuell plan ska upprättas när samordning behövs för att patienten ska få sina behov av samordning tillgodosedda. Samordnad individuell plan ska vara dokumenterad av deltagande aktörer inom tre dagar efter det att mötet ägt rum.

Den samordnade individuella planen ska kontinuerligt följas upp av berörda aktörer tillsammans med patienten.

Vad

Den samordnade individuella planen ska innehålla uppgifter om patientens egna mål, beskrivna behov och egna resurser. Respektive aktör ska tillsammans med patienten planera insatser för att möta beskrivna behov. I den samordnade individuella planen ska uppgifter om vilken enhet som är ansvarig för respektive insats dokumenteras.

Uppföljning

Vid upprättande av den samordnade individuella planen ska datum för uppföljning beslutas och dokumenteras, samt vem som ansvarar för vad.

I den samordnade individuella planen ska det framgå:

- patienten huvudmål och delmål
- vilka insatser som behövs
- vilka insatser som respektive aktör eller patienten själv ska svara för
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än Region Norrbotten eller kommunen
- vilken enhet/profession som ska ha det övergripande ansvaret för planen
- tidsplan för måluppfyllelse, insatser, uppföljning och utvärdering

Avsluta samordnad individuell plan

När målen är uppfyllda och det inte längre finns behov av insatser som behöver samordnas eller om den enskilde drar tillbaka sitt samtycke ska den samordnade individuella planen avslutas. Den samordningsansvarige ansvarar för att avsluta planen och ska även ange orsak.

När patienten avlider ska den samordnad individuella planen avslutas.

I Lifecare

Respektive aktör ska dokumentera sin del i den samordnade individuella planen i Lifecare inom tre dagar från det att mötet ägt rum. Planen ska kommuniceras muntligt och skriftligt med patienten.

Egenvård

Egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en person själv kan utföra eller med hjälp av någon annan. Ett sätt att skilja på hälso- och sjukvård och egenvård är att bedöma om åtgärden kräver legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Om det krävs sådan personal är det fråga om hälso- och sjukvård och då omfattas den av hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Bedömning av om en åtgärd kan utföras som egenvård är en uppgift för hälso- och sjukvården. Detsamma gäller för planering och uppföljning.

Egenvård innebär en juridisk förflyttning av ansvaret från hälso- och sjukvården till den enskilde.

Ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att upprätta och införa de rutiner som behövs i verksamheten för att underlätta bedömning, samråd och planering för egenvård.

Den som gör egenvårdsbedömning ansvarar för att ta del av och följa de sju steg som ingår i bedömningen vilka beskrivs nedan.

Vem kan bedöma egenvård?

- Den behandlande legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen
- Den som har förskrivit läkemedlet till patienten
- Den behandlande läkaren i samband med utskrivning från slutenvård

1. Individuell bedömning

Den behandlande legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen ska, inom sitt ansvarsområde, bedöma om en insats är egenvård eller hälso- och sjukvård. Det är alltså hälso- och sjukvården, inom landsting eller kommun, som bestämmer vilken åtgärd som kan utföras som egenvård i varje enskilt fall. Egenvårdsbedömningen ska göras i samråd med den enskilde utifrån dennes fysiska och psykiska hälsa samt med hänsyn till livssituationen i övrigt.

När bedömningen görs i samband med slutenvård är det endast den behandlande läkaren som kan bedöma om åtgärden kan utföras som egenvård. Denna bedömning kan inte delegeras.

I de fall en egenvårdsbedömning är svår att göra redan på sjukhus så kan den ske i öppen vård av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som känner den enskilde väl.

Vid de tillfällen egenvårdsbedömning ska utföras är det den som förskriver läkemedlet till den enskilde som ansvarar för att en egenvårdsbedömning görs. När läkemedelsbehandlingen ska utföras som egenvård ansvarar förskrivaren för att instruera utföraren.

Bedömningen gäller bara den aktuella situationen och en specifik åtgärd. Den specifika åtgärden ska preciseras tydligt, t ex vilket läkemedel eller träningsprogram som avses och i vilken omfattning. Det kan även gälla hantering av ortopedtekniska hjälpmedel eller olika typer av träningsredskap.

2. Analys av risker

Den som gör bedömningen ska analysera om det finns några risker med att åtgärden bedöms som egenvård. Riskbedömning ska göras i alla steg.

En hälso- och sjukvårdsåtgärd kan bedömas som egenvård om svaret är ja på någon av frågorna nedan:

- 1. har den enskilde förutsättningar att själv klara av att utföra egenvården på ett säkert sätt?*
- 2. kan den enskilde instruera eller få hjälp av någon att hjälpa till på ett säkert sätt?*

I de fall den enskilde får hjälp med egenvårdsinsatsen av personal, till exempel i hemtjänst eller på ett vård- och omsorgsboende, ska den person som gör riskbedömningen bedöma om egenvården kan utföras på ett säkert sätt. Personalomsättning är en viktig faktor att ta hänsyn till i riskbedömningen. Vid eventuellt tillbud kan den som fattat beslut om egenvård bli ansvarig om omständigheterna visar att egenvårdsbeslutet inte skulle ha fattats.

3. Samråd och planering med berörda

Den enskilde kan behöva praktiskt stöd för att utföra egenvården. Den som gör egenvårdsbedömningen ska samråda med den som ska hjälpa till, med hänsyn till reglerna om sekretess och tystnadsplikt. Det kan vara en närstående, socialtjänsten eller en ansvarig hos annan aktör. Dessa aktörer måste även få kunskap om vad de ska vara uppmärksamma på och veta när de ska kontakta ansvarig inom hälso- och sjukvård.

Närstående till en vuxen person har ingen skyldighet att hjälpa till vid egenvård. För barn har vårdnadshavare ett tillsynsansvar. Vårdnadshavare kan inte lämna över ansvar för egenvård till annan utförare, t ex skola eller till personal på ett boende, utan att ordinerande legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har gjort en ny egenvårdsbedömning. Det är viktigt att hälso- och sjukvården, skola och vårdnadshavare tillsammans planerar för egenvården i

skolan och att samarbetet sker utifrån barnets bästa. Någon från hälso- och sjukvården kan till exempel åka till skolan och instruera personalen så att egenvården kan utföras på ett säkert sätt. Det är alltid legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som bedömer vad som är hälso- och sjukvård och vad som är egenvård.

I vissa fall kan den enskilde behöva ansöka om en insats enligt SoL eller LSS för att få hjälp med att utföra egenvården. Den enskilde ansöker själv om insats för att få hjälp att utföra egenvård. Medan den enskilde väntar på ett beslut ligger ansvaret kvar på hälso- och sjukvården.

4. Av planeringen av egenvården ska det framgå:

1. Vilken åtgärd som har bedömts som egenvård
2. Om den enskilde själv eller med hjälp av någon annan ska utföra egenvården
3. Hur information och instruktioner ska ges till dem som ska utföra egenvården
4. Vilka åtgärder som ska vidtas och vem som kontaktas, om den enskilde har drabbats av, eller har utsatts för risk att drabbas av, skada eller sjukdom i samband med egenvården
5. Vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas, om den enskildes situation förändras
6. Hur och när bedömningen av egenvården ska följas upp
7. När en omprövning av bedömningen av egenvården ska göras

5. Information

Den enskilde ska få information om vad egenvården innebär. Den som gör bedömningen ska säkerställa att den enskilde förstår att ansvaret för insatsen överförs från hälso- och sjukvårdspersonal till denne. Den enskilde ska veta hur egenvården ska utföras och vart denne ska vända sig om något känns oklart eller inte fungerar som planerat. Teach-backmetoden ska användas för att säkerställa att den enskilde, eller den som utför egenvård i dennes ställe, uppfattat instruktionen korrekt. Instruktioner och handledning ska ges till den enskilde/annan utförare av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som gjort egenvårdsbedömningen.

Den som gjort egenvårdsbedömningen ska också informera den enskilde att denne själv gör ansökan om insats från SoL eller LSS och att kopia av egenvårdsintyget/planeringen krävs.

6. Dokumentation

Dokumentationen ska ske i journalsystemet enligt gällande dokumentationsrutin för egenvård i respektive huvudmans journalsystem.

Dokumentation är inte ett krav när det är uppenbart obehövligt. Finns det anledning att anta att bedömningen inte är självklar, utan att den i något sammanhang kan ifrågasättas, ska bedömningen dokumenteras. När den enskilde ansöker om insats via SoL eller LSS, ska dokumentation finnas.

Den enskilde ska ha en kopia av egenvårdsbedömningen/planeringen utskriven för att kunna ansöka om praktisk hjälp för egenvård. Det kan vara ett utdrag ur journalen eller ett egenvårdsintyg.

För personer som har behov av samordnad planering ska beslutade egenvårdsinsatser framgå i den samordnade individuella planen.

7. Uppföljning och utvärdering

Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som beslutat om en egenvårdsåtgärd är ytterst ansvarig för regelbunden uppföljning och utvärdering av egenvårdsbedömningen. Om den som gjort egenvårdsbedömningen anser att uppföljning och utvärdering kan göras av annan, ska detta framgå av planeringen, t ex att behandlande läkare ger uppdrag till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att följa upp och utvärdera för att sedan återrapportera detta till den behandlande läkaren som ansvarar för det fortsatta beslutet.

Om förutsättningarna ändras ska egenvårdsbedömningen omprövas. Den utförande personalen ska informera den som utfärdat egenvårdsbedömningen om förutsättningarna ändras och egenvården inte kan utföras som planerat.

Kommunens betalningsansvar

Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård SFS 2017:612 reglerar kommunens betalningsansvar.

Kommunens betalningsansvar omfattar patienter som är folkbokförda i kommunen.

Kommunens betalningsansvar förutsätter att:

- Den slutna vården har underrättat kommunen om att en patient har skrivits in.
- Den slutna vården har underrättat berörda enheter i kommunen om att patienten är utskrivningsklar, d v s patient som av behandlande läkare inte längre bedöms behöva sluten vård.
- Den fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppna vården har kallat till samordnad individuell planering inom tre dagar från det att utskrivningsklar meddelats.
- För de patienter som endast har socialtjänstinsatser skickas ingen kallelse till samordnad individuell planering. Betalningsansvaret inträder då tre dagar efter det att underrättelse om att patienten är utskrivningsklar har skickats.
- För sluten psykiatrisk vård kommer betalningsansvaret för kommunen under 2018 att inträda 30 veckodagar (inkl röda dagar och helger) efter det att meddelande om att patienten är utskrivningsklar är skickat, förutsatt att punkt ett till tre är uppfyllda.

Kommunens betalningsansvar uteblir om patienten inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att insatser som den landstingsfinansierade öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga.

Kommunens betalningsansvar inträder tre dagar efter det att en underrättelse om att en patient är utskrivningsklar har skickats. Detta gäller under förutsättning att underrättelsen skickats senast kl 12.00.

Kommunens betalningsansvar inträder fyra dagar efter det att en underrättelse om att en patient är utskrivningsklar har skickats efter kl 12.00.

Ersättning för vård av utskrivningsklara patienter ska motsvara genomsnittskostnaden i riket för ett vårddygn i den slutna vården och fastställs årligen av regeringen.

Uppsökande munhälsobedömning och nödvändig tandvård

Landsting har från och med 1 januari 1999 enligt 8§ i tandvårdslagen (SFS 1998:554) ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och personer med funktionsnedsättning. Genom införande av 12§ i tandvårdsförordningen föreskrivs att kommunen är skyldig att ge landstinget de uppgifter som behövs för den uppföljning av nödvändig tandvård som ges till personer som omfattas av reformen.

Munhälsobedömning är ett erbjudande och en förebyggande insats som innebär att legitimerad tandvårdspersonal årligen kommer hem till den berättigade och kostnadsfritt gör en bedömning av munhälsan, ger tips och råd till den berättigade och/eller den som utför omvårdnaden.

Målet med nödvändig tandvård är att den ska medverka till en påtaglig förbättring av förmågan att tillgodogöra sig föda. Nödvändig tandvård ges till samma avgifter som för den öppna hälso- och sjukvården, d v s avgifterna ingår i högkostnadsskyddet.

Öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård

Öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) och öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV)

Om patienten inte längre har ett oundgängligt behov av psykiatrisk dygnetruntvård (sluten) kan tvångsvården under vissa förutsättningar omvandlas till öppen psykiatrisk tvångsvård. Så är även fallet med sluten rättspsykiatrisk vård. Om patient som ges sluten rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning inte har ett oundgängligt behov av kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård kan tvångsvården under vissa förutsättningar omvandlas till öppen rättspsykiatrisk vård.

I vissa fall behöver en patient en längre anpassningsperiod för ett liv utanför vårdinrättningen. Andra patienter som inte är i behov av att vistas på en sjukvårdsinrättning men som under en längre tid behöver en tydlig struktur kring medicinering, boende eller sysselsättning för att inte försämrats i sin psykiska sjukdom. Syftet med denna vårdform är att för dessa patienter skapa bättre förutsättningar för utslussning och rehabilitering till ett liv utanför sjukvårdsinrättningen och minska behovet av återkommande återintagningar i tvångsvård.

Avgränsning

Öppen rättspsykiatrisk vård kan inte ges till den som på annat vis är frihetsberövad, är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning. Vårdformen kan heller inte ges den som är intagen eller ska förpassas till kriminalvårdsanstalt.

Beslut

Beslut att ansöka om öppen psykiatrisk tvångsvård respektive öppen rättspsykiatrisk tvångsvård görs av chefsöverläkaren eller specialist inom psykiatri med chefsöverläkaruppdrag. Ansökan ska göras i det syfte som beskrivs ovan för de patienter där det inte går att bedriva vård på frivillig basis och som, utan villkor i öppenvård, snabbt återinsjuknar eller inte kan skrivas ut från slutenvård. Ansökan görs till Förvaltningsrätten. Förvaltningsrättens beslut skall omedelbart meddelas alla inblandade aktörer. I ansökan om öppen

psykiatrisk tvångsvård ska det anges/beskrivas vilka omständigheter som utgör grund för tvångsvården och vilka särskilda villkor som rätten bör föreskriva. Till ansökan ska det fogas en sådan samordnad vårdplan som avses nedan.

Det är även chefsöverläkaren eller specialist inom psykiatri med chefsöverläkaruppdrag som beslutar om förlängd ansökan om ÖPT och ÖRV. Då skall ny samordnad individuell plan göras.

Samordnad vårdplanering

Om denna vårdform är aktuell kallar chefsöverläkare/specialist i psykiatri med chefsöverläkaruppdrag (eller enligt rutin som finns på arbetsplatsen) till samordnad vårdplanering. Aktuella aktörer kan vara handläggare och/eller chefer inom socialtjänsten, primärvård, närpsykiatri och försäkringskassan m.fl. I normalfall skall patienten lämna sitt samtycke till informationsutbyte mellan parterna. Om patienten motsätter sig informationsutbyte skall detta i normalfallet respekteras, men utbyte av sådan information som är oundgänglig för att genomföra en samordnad vårdplanering hindras inte av sekretesslagen.

Det är chefsöverläkaren som svarar för att en samordnad vårdplan upprättas om han eller hon bedömer att patienten kommer att vara i behov av insatser från andra enheter i samband med den öppna psykiatriska tvångsvården. Ansvaret innebär även att berörda instanser kontaktas. Vårdplanen är upprättad när den har justerats av enheterna. Om inga insatser behövs från andra instanser skall inget samråd ske, dock skall en samordnad vårdplan upprättas och bifogas ansökan till förvaltningsrätten.

Kontinuerlig information

En förutsättning för att chefsöverläkaren ska kunna veta om en patient åter behöver vårdas på sjukvårdsinrättningen är att han eller hon håller sig löpande informerad om patientens situation. En lämplig ordning kan vara att det anges i den samordnade vårdplanen hur informationsutbytet ska ske mellan landstinget och kommunen. Genom kontakter med patienten, närstående, psykiatrisk öppenvård och socialtjänsten kan chefsöverläkaren skaffa sig en kontinuerlig bild av patientens sjukdomsförlopp och livssituation. Av 43 § LPT (och genom hänvisning i 24 § LRV) framgår att uppgifter om en patient ska lämnas utan hinder av sekretess från hälso- och sjukvården och socialtjänsten om det behövs för att chefsöverläkaren ska kunna fullgöra sina åligganden enligt lagen. Chefsöverläkaren ansvarar för att fatta beslut om fortsatt anmälan/ansökan eller avslutande av tvångsvården. Ett sådant åliggande får anses vara att fatta beslut alternativt ansöka om sluten psykiatrisk tvångsvård eller sluten rättspsykiatrisk vård när chefsöverläkaren bedömer att det finns förutsättningar för det. För att kunna göra en sådan bedömning .

Villkor

Vid beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård ska förvaltningsrätten föreskriva de särskilda villkor enligt 3 § 1 st. 2 p. LPT som ska gälla för vården. Rätten får överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om dessa villkor.

Exempel på villkor som får föreskrivas får avse:

- Skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård och behandling
- Skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vård eller att besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten.
- Skyldighet att vistas på bestämd vistelseort, bostad, arbete eller delta i utbildning.
- Förbud mot att använda berusningsmedel.
- Förbud mot att vistas på en viss plats eller ta kontakt med en viss person, eller Annat som är nödvändigt eller följer av vårdplanen.

När det gäller patient som vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning (SUP) skall i bilaga redogöras för återfallsrisken enligt 16 § LRV. Även en särskild redogörelse lämnas för den utredning som har gjorts avseende återfallsrisken och för de insatser som har planerats för att motverka att patienten återfaller i brottslighet av allvarligt slag.

De villkor som kan komma ifråga kan därmed avse förutom medicinering och andra sjukvårdsinsatser även boende, sysselsättning, stöd och service, social rehabilitering eller andra insatser enligt SoL och LSS. Även andra åtgärder som bedöms vara nödvändiga för att en patient inte skall återinsjukna eller återfalla i missbruk och tidigare socialt mönster kan bli aktuella.

I varje enskilt fall bör det noga prövas om villkoren uppfyller dessa krav och syften.

Villkoren anger endast vad patienten ur ett tvångsvårdsperspektiv måste göra eller inte får göra. Villkoren styr därmed i praktiken endast i begränsad utsträckning det faktiska innehållet i vården. I den samordnade vårdplanen framgår innehållet.

Om behov av att ändra villkor under pågående öppen psykiatrisk tvångsvård/ öppen rättspsykiatrisk vård uppkommer får en ny ansökan om öppen psykiatrisk/öppen rättspsykiatrisk vård med nya villkor lämnas in till förvaltningsrätten. Förvaltningsrätten kan enligt 26 § LPT, 12 a och 16 a §§ LRV överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om villkoren. I sådana situationer kan chefsöverläkarens

beslut om villkor överklagas av patienten till förvaltningsrätten (33 § andra stycket 5 LPT och 18 § andra stycket 9 LRV).

Tvångsåtgärder

Under vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård respektive öppen rättspsykiatrisk tvångsvård får inga tvångsåtgärder tillgripas.

Definitioner

Trygghetsboende

Trygghetsboende är för äldre som vill ha mer trygghet och social samvaro. Till skillnad från äldreboenden ingår varken mat, service, omvårdnad eller sjukvård. Däremot är det ett krav att bostäderna ska vara funktionellt utformade, att boendet ska ha gemenskapslokaler för måltider, samvaro, hobby och rekreation samt personal/bovärd på angivna tider.

Korttidsvistelse barn och unga enligt LSS

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet innebär att en person med funktionsnedsättning tillfälligt bor utanför det egna hemmet under kortare och längre tider. Insatsen kan beviljas till personer med fysisk och psykisk funktionsnedsättning som tillhör personkretsen enligt LSS. Syftet är att anhöriga ska få avlastning och att personen med funktionsnedsättning ska få rekreation och miljöombyte. Region Norrbotten ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser.

Särskilda boendeformer

Särskilt boende enligt SoL är anpassade för äldre med stort behov av omsorg. Bostäderna är för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg.

Gruppboende/stödboende enligt SoL. Boende som tillhandahåller platser för heldygnsvistelse avsedda för personer som behöver insatser i form av tillsyn, vård och stöd.

Bostad med särskild service för vuxna och annan särskilt anpassad bostad, är en insats enligt LSS. Bostaden är anpassade för vuxna personer med fysisk och psykisk funktionsnedsättning.

Det finns tre olika boendeformer för vuxna där de kan få stöd:

- Gruppboende, som kan erbjudas om den enskilde har så stora behov av tillsyn och omvårdnad att det är nödvändigt att personal finns till hands dygnet runt. En gruppboende består av ett mindre antal lägenheter som är samlade kring gemensamma utrymmen. Då finns det en fast personalgrupp.
- Serviceboende, som består av ett antal lägenheter som har tillgång till gemensam service och en fast personalgrupp. Lägenheterna är i regel anpassade efter den enskildes behov. De kan få det stöd de behöver dygnet runt i den egna lägenheten.

- Annan särskilt anpassad bostad, som innebär att den enskilde kan beviljas en egen lägenhet som är anpassad till dennes behov. Ingen fast personalgrupp ingår.

Korttidsboende enligt SoL för vuxna. En tillfällig vistelse utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt. Korttidsboende beviljas enligt socialtjänstlagen och beslutas av biståndshandläggare.

Habilitering

Insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

Rehabilitering

Insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

Funktionsnedsättning

Nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuellfunktionsförmåga.

Insats

Handling som är inriktad på visst resultat.

Lagar och förordningar

Riktlinjerna bygger på lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt cirkulär från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

I PDF-format fungerar punkterna som hyperlänkar. Klicka på dem för att öppna en webbsida med respektive dokument.

Lagar

- [Hälso- och sjukvårdslagen HSL 2017:30](#)
- [Hälso- och sjukvårdsförordningen SFS 2017:80](#)
- [Socialtjänstlagen SoL 2001:453, SFS 2017:809](#)
- [Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade LSS 1993:387, SFS 2017:735](#)
- [Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård SFS 2017:612,](#)
- [Betänkande 2017/18:SoU11](#)
- [Lagen om psykiatrisk tvångsvård LPT 1991:1128, SFS 2017:373](#)
- [Lagen om rättspsykiatrisk vård LRV 1991:1129, SFS 2017:374](#)
- [Patientsäkerhetslag 2010:659, SFS 2017:786](#)
- [Patientlagen 2014:821](#)
- [Offentlighet och sekretesslag 2009:400](#)
- [Tandvårdslagen \(SFS 1998:554\)](#)

Föreskrifter och allmänna råd

- [Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutet vård SOSFS 2005:27, HSLF-FS 2017:23](#)
- [Livsuppehållande behandling SOSFS 2011:7](#)
- [Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård SOSFS 2009:6, HSLF-FS 2017:22](#)
- [Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering SOSFS 2007:10, SOSFS 2008:20, HSLF-FS 2017:19](#)
- [Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård SOSFS 2008:18, SOSFS 2013:8, SOSFS 2014:1](#)

- [Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård SOSFS 1997:14](#)
- [Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvård HSLF-FS 2017:37](#)
- [Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9](#)

Meddelandeblad och cirkulär

- [Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan \(Socialstyrelsen 2017 nationell vägledning\)](#)
- [Meddelandeblad egenvård Nr 6/2013](#)
- [Meddelandeblad tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna Nr 12/2013](#)
- [Gemensamma överenskommelser om samarbete och gemensam individuell planering mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten SKL Cirkulär 09:66](#)
- [Egenvård SKL Cirkulär 09:71](#)

Bilaga 1. Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård

Svensk författningssamling

Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård; utfärdad den 22 juni 2017. Enligt riksdagens beslut¹ föreskrivs följande.

1 kap. Inledande bestämmelser

Lagens innehåll och tillämpningsområde

1§ I denna lag finns bestämmelser om

1. samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från slutenvård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården,

2. hur insatserna ska planeras för enskilda som efter utskrivning behöver insatser från flera berörda enheter inom de aktuella verksamheterna, och

3. kommunens betalningsansvar för vissa utskrivningsklara patienter. Det som i denna lag sägs om landsting gäller även kommuner som inte ingår i ett landsting.

Lagens syfte

2§ Denna lag syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. I detta syfte ska lagen särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.

Uttryck i lagen

3§ I denna lag avses med

1. hälso- och sjukvård: åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter,

2. socialtjänst: 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 av missbrukare,

3. slutna vård: hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning,

4. öppen vård: annan hälso- och sjukvård än slutna vård, och

5. utskrivningsklar: att en patients hälsotillstånd är sådant att den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården.

2 kap. Inskrivningsmeddelande och planering

Inskrivningsmeddelande

1§ Om den behandlande läkaren, när en patient skrivs in i den slutna vården, bedömer att patienten kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården efter det att patienten har skrivits ut, ska den slutna vården underrätta de berörda enheterna om denna bedömning genom ett inskrivningsmeddelande.

Om insatser bedöms behövas från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska inskrivningsmeddelandet även skickas till den landstingsfinansierade öppna vården.

2§ Ett inskrivningsmeddelande ska innehålla upplysningar om patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress samt om beräknad tidpunkt för utskrivning.

3§ Ett inskrivningsmeddelande ska skickas senast 24 timmar efter det att patienten har skrivits in i den slutna vården. Om den behandlande läkaren först senare under vårdförloppet bedömer att en patient kan komma att behöva insatser enligt 1 §, ska den slutna vården skicka inskrivningsmeddelandet senast 24 timmar efter det att den behandlande läkaren gjorde den bedömningen.

4§ Om den beräknade tidpunkten för utskrivning ändras efter det att ett inskrivningsmeddelande har skickats, ska den slutna vården

så snart det är möjligt underrätta de berörda enheterna om den nya beräknade tidpunkten för utskrivning.

Fast vårdkontakt i den öppna vården

5§ När en enhet i den landstingsfinansierade öppna vården har tagit emot ett inskrivningsmeddelande i fråga om en patient, ska verksamhetschefen vid den enheten utse en fast vårdkontakt för patienten. Verksamhetschefen ska utse den fasta vårdkontakten innan patienten skrivs ut från den slutna vården.

Om patienten redan har en fast vårdkontakt vid enheten, får denne fortsätta att vara patientens fasta vårdkontakt.

Planering inför patientens utskrivning

6§ När en berörd enhet inom socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården har fått ett inskrivningsmeddelande, ska enheten börja sin planering av de insatser som är nödvändiga för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården och efter utskrivningen få sina behov av socialtjänst eller hälso- och sjukvård tillgodosedda.

3 kap. Åtgärder vid utskrivning

Underrättelse om att en patient är utskrivningsklar

1§ När den behandlande läkaren har bedömt att en patient är utskrivningsklar, ska den slutna vården så snart som möjligt underrätta berörda enheter om denna bedömning, om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det. En underrättelse i enlighet med 7 a § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård ska motsvara en underrättelse enligt första stycket.

Informationsöverföring vid utskrivning

2§ Om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det, ska den slutna vården till berörda enheter överföra den information som är nödvändig för att ge patienten socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Informationen ska överföras senast samma dag som patienten skrivs ut från den slutna vården.

Information till patienten

3§ Närmare bestämmelser om den information som ska ges till patienten och dennes närstående vid utskrivning anges i 3 kap. patientlagen (2014:821).

4 kap. Samverkan mellan landsting och kommun

Samordnad individuell planering

1§ Om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den landstingsfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen. För patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård, ska planeringen i stället genomföras enligt bestämmelserna om en samordnad vårdplan i 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 12 a § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

2§ Vid den samordnade individuella planeringen ska enheterna upprätta en individuell plan i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen (2001:453). Planen får upprättas om patienten samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

3§ En kallelse till den samordnade individuella planering som avses i 1 § första stycket ska skickas till berörda enheter av patientens fasta vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården. Kallelsen ska skickas senast tre dagar efter det att en underrättelse enligt 3 kap. 1 § om att patienten är utskrivningsklar har lämnats.

Riktlinjer och överenskommelser

4§ Landsting och kommun ska i samråd utarbeta gemensamma riktlinjer till vårdgivare och till dem som bedriver socialtjänst avseende samverkan enligt denna lag.

5§ Landsting och kommun får träffa en överenskommelse om att kommunens betalningsansvar ska inträda vid en annan tidpunkt än den som anges i 5 kap. 4 § eller med ett annat belopp än det som bestäms enligt 5 kap. 6 §.

5 kap. Kommunens betalningsansvar

1§ En kommun betalar i enlighet med 2–6 §§ ersättning till ett landsting för en patient som vårdas inom den slutna vården efter det att den behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar.

2§ En kommuns betalningsansvar omfattar patienter som är folkbokförda i kommunen. Den kommun som har beslutat att en patient ska vistas i en annan kommun i sådan särskild boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453), har betalningsansvaret för den patienten oavsett var patienten är folkbokförd.

3§ Kommunens betalningsansvar förutsätter att den slutna vården har:

1. underrättat kommunen om att patienten har skrivits in i enlighet med 2 kap. 1–3 §§, och
2. underrättat berörda enheter i kommunen om att patienten är utskrivningsklar i enlighet med 3 kap. 1 §.

I de fall en samordnad individuell planering ska genomföras enligt 4 kap. 1 och 2 §§ är kommunen betalningsansvarig endast om den fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppna vården har kallat till samordnad individuell planering i enlighet med 4 kap. 3 §.

4§ Om det inte finns någon överenskommelse om tidpunkten enligt 4 kap. 5 §, ska kommunens betalningsansvar inträda tre dagar efter det att en underrättelse enligt 3 kap. 1 § har skickats. Om en sådan underrättelse skickas efter klockan 12.00, ska kommunens betalningsansvar emellertid inträda fyra dagar efter det att underrättelsen har skickats.

5§ Kommunens betalningsansvar ska inte inträda om patienten inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att sådana insatser som den landstingsfinansierade öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga, eller det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga.

6§ Om det inte finns någon överenskommelse om belopp enligt 4 kap. 5 §, ska kommunen lämna ersättning för vård av utskrivningsklara patienter med det belopp som motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vårddygn i den slutna vården. Detta belopp ska räknas om årligen med hänsyn till utvecklingen av kostnader för vårdplatser i den slutna vården. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om det belopp som avses i första stycket.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.
2. Lagen tillämpas dock inte fram till och med den 31 december 2018 för patienter som vårdas i sluten psykiatrisk vård.
3. Genom lagen upphävs lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.
4. Den upphävda lagen ska dock fortsätta att tillämpas fram till och med den 31 december 2018 för patienter som vårdas i sluten psykiatrisk vård.

På regeringens vägnar
MORGAN JOHANSSON
ANNIKA STRANDHÄLL (Socialdepartementet)

Bilaga 2. Rutiner med spårförklaringar och patient

Kompletteras under hösten 2018

Bilaga 3

Det goda mötet

Stöd för att leda och genomföra SIP-möte utifrån ett personcentrerat arbetssätt. Utgångspunkten är att vården utgår från den unika personen och dennes rätt till hälsa, att vården efterfrågar personens förmågor och är aktiverande, att vården är sammanhållen och att vården alltid möter varje människa med värdighet, medkänsla och respekt. Patienten är en roll medan personen är en identitet. Mötet kräver ett aktivt lyssnande där personalen är lyhörd, tolkande och försöker förstå den enskildes berättelse. Personalen ska se världen från den enskildes perspektiv och utgå från det när vård, stöd och omsorg ska planeras genom att inkludera den enskilde i planering och beslut.

Att leda mötet:

- Hälsa alla välkomna
- Presentationsrunda, alla deltagare inkl patient/närstående
 - vem är jag och vad är min roll
- Förklara syftet med mötet och informera om tänkt mötesupplägg
 - varför möts vi
 - hur går mötet till
 - vem som ansvar för vad
- Inbjud patienten att ge sin berättelse
Hjälp patienten genom att ställa frågor
 - vill du berätta varför....
 - vill du berätta hur...
 - vad är viktigt för dig...
 - kan du ge exempel.....
 - kan du förklara.....
- Fördela ordet beroende på patientens behov och mål
- Ställ kontrollfrågor/stödfrågor till patienten för att hjälpa denne i planeringen
 - tror du att xx.. skulle hjälpa dig att nå målet xx...

- kan du tänka dig att
 - hur känner du om.....
 - vad är viktigast för dig att uppnå
 - vilka mål och förväntningar har du.....
 - vilka egna resurser har du som kan hjälpa dig uppnå målet...
- Sammanfatta vad ni kommit överens om
 - vilka är patientens huvudmål och delmål
 - vilka insatser har ni kommit överens om
 - vem ansvarar för vad
 - när i tid ska ni göra en uppföljning av insatser och utvärdering av huvudmål/delmål
 - vem är fortsatt samordningsansvarig
 - Kontrollera med patienten att ni har uppfattat samma saker och att denne är nöjd med planeringen
 - känner du dig trygg i det vi nu har planerat och kommit överens om...
 - är det något mer du funderar över...
 - vet du var du kan vända dig med frågor om....
 - Avsluta mötet
 - Dokumentera i SIP och ge till patienten

Uppföljning av SIP

- Hälsa alla välkomna
- Presentationsrunda, alla deltagare inkl patient/närstående
 - vem är jag och vad är min roll
- Förklara syftet med mötet och informera om tänkt mötesupplägg
 - varför möts vi
 - hur går mötet till
 - vem som ansvar för vad
- Inbjud patienten att ge sin berättelse hjälp patienten genom att ställa frågor
 - vill du berätta hur det går med
 - har du nått dina mål med.....
 - anser du att planen har följts....
 - kan du ge exempel.....
 - kan du förklara.....
 - vad önskar du.....

- Fördela ordet beroende på patientens behov och mål
- Ställ kontrollfrågor/stödfrågor till patienten för att hjälpa denne i planeringen
 - tror du att xx.. skulle hjälpa dig att nå målet xx...
 - kan du tänka dig att
 - hur känner du om.....
- Sammanfatta vad ni kommit överens om
 - vilka är patientens huvudmål och delmål och har dessa nåtts
 - vilka fortsatta insatser har ni kommit överens om
 - vem ansvarar för vad
 - när i tid ska ni göra en ny uppföljning av insatser och ny utvärdering av huvudmål/delmål
 - vem är fortsatt samordningsansvarig
- Kontrollera med patienten att ni har uppfattat samma saker och att denne är nöjd med planeringen
 - känner du dig trygg i det vi nu har planerat och kommit överens om...
 - är det något mer du funderar över...
 - vet du var du kan vända dig med frågor om....
- Avsluta mötet
- Dokumentera i SIP och ge till patienten