

# Gemensamma riktlinjer för samverkan

Samordnad individuell plan

# Dokumentinformation

**Huvudmän:**

Landstinget och kommunerna i Norrbottens län

**Upprättat av:**

Länsgemensam samverkansgrupp

Reviderad juni 2013

**Godkänt av:**

Landstingsdirektören och Socialnämnden i respektive kommun

---

**Ansvariga för revidering:**

Anneli Granberg

070-328 86 81

[anneli.granberg@nll.se](mailto:anneli.granberg@nll.se)

Ingrid Carlenius

070-213 58 15

[ingrid.carlenius@bd.komforb.se](mailto:ingrid.carlenius@bd.komforb.se)

---

**Datum:** Juni 2013**Version:** 1.1**Dokumenttyp:** Rutiner

## Inledning

De gemensamma riktlinjerna för samverkan är framtagna av en samverkansgrupp som består av representanter från landstinget och kommunerna i länet. Riktlinjerna har behandlats i länsstyrgruppen och har därefter godkänts av landstingsdirektören och socialnämnden i respektive kommun. Det åligger landstingets divisioner och respektive kommun att införa och följa upp riktlinjerna.

Kapitlen är uppbyggda för att kunna läsas fristående från varandra; därför förekommer en del upprepningar. Riktlinjerna är uppbyggda för att vara överskådliga i webbformat.

## Innehållsförteckning

Samverkan .....	5
Mål .....	6
Samordnad individuell plan (SIP).....	7
Fast vårdkontakt.....	8
Uppsökande munhälsobedömning och nödvändig tandvård .....	8
Fullmakt, god man eller förvaltare .....	9
Meddix.....	10
Samverkansorganisation.....	12
Hälsa- och sjukvård i ordinärt boende.....	13
Öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst .....	14
Kallelse - Samordnad individuell planering .....	15
Samordnad individuell plan.....	16
Egenvård .....	18
Habilitering och rehabilitering .....	21
med samordningsansvar .....	21
In- och utmeddelande till och från akuten .....	23
Inmeddelande akut .....	23
Utmeddelande akut .....	23
In- och utskrivning i slutna vård .....	24
Behandlande läkare .....	25
Meddelande från öppen vård vid inskrivning - statusmeddelande .....	25
Inskrivningsmeddelande .....	26
Kallelse - Samordnad planering vid utskrivning.....	27
Samordnad plan vid utskrivning .....	28
Egenvård inför utskrivning.....	31
Habilitering och rehabilitering med samordningsansvar .....	33
Utskrivningsmeddelande .....	34
Kommunens betalningsansvar.....	35
OBS-platser.....	35
Öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård .....	36
Lagar och förordningar.....	39
Bilaga 1 .....	40
Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård .....	40

## Samverkan

Behovet av samverkan mellan kommun och landsting har blivit allt tydligare. Ett gemensamt ansvarstagande för den enskildes hälso- och sjukvård och socialtjänst är angeläget och nödvändigt. Ur den enskildes perspektiv är det viktigt att samordnad planering genomförs för att säkerställa att den hälso- och sjukvård och socialtjänst som erbjuds är av god kvalitet utifrån den enskildes samlade behov. En bristande kontinuitet i samhällets insatser skapar otrygghet för den enskilde. Otydliga uppdrag och en oklar ansvarsfördelning skapar osäkerhet, diskussioner och tvister. När kommuner och landsting samarbetar hamnar inte personer mellan stolarna och ekonomiska oenigheter kan undvikas. Det är av största vikt att de gemensamma riktlinjerna för samverkan följs, eftersom de är upprättade utifrån gällande regelverk och för att den enskilde ska få bästa möjliga vård och omsorg.

**Formuleringarna i lagtexterna Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL) samt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är tydliga avseende kraven på att respektive aktör ska ta ansvar för samverkan utifrån den enskildes behov. Det är en skyldighet att samverka.**

En förutsättning för att samverkan ska fungera är att alla parter är delaktiga och att ansvaret för samverkan åligger alla. Då flera aktörer behöver samverka är det någon av aktörerna som kallar in de berörda till ett möte. De olika aktörernas uppdrag och ansvar tydliggörs. Samverkan och ansvarsfördelning i individärenden förutsätter att parterna har kunskap, förståelse och respekt för varandras uppdrag, förutsättningar och roller samt att det finns en tillit till varandras förmåga att hantera frågorna och valet av insatser/åtgärder.

Samverkan mellan landstinget och kommuner ska ge effekter i form av trygghet för den enskilde samt bättre nyttjande av de totala resurserna, personalens kompetens och ekonomiska medel.

## Mål

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

# Samordnad individuell plan (SIP)

Ändringar i HSL och SoL från 1 januari 2010 innebär att landstinget och ommunerna tillsammans ska upprätta en individuell plan om denna behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda.

Kommuner och landsting ska samverka för att fullgöra uppgifter inom hälso- och sjukvård och socialtjänstområdet. Den gemensamma planeringen ska bygga på delaktighet och samtycke från den enskilde och/eller närstående och klargöra det samlade behovet av insatser.

Den samordnade individuella planen ska klargöra vilka insatser som den enskilde behöver, vem som ska samordna insatserna samt vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för och vem som ska betala insatsen. 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, rehabilitering och hjälpmedel, bedöms och tillgodoses ur ett helhetsperspektiv. Den individuella planeringen är lika viktig oavsett var den initieras.

En individuell plan kan omfatta både vuxna och barn som behöver en individuell plan för att få sina behov tillgodosedda. Missbruksvården och äldreomsorgen är ex på områden där en samordnad individuell plan kan få stor betydelse.

# Fast vårdkontakt

Lagförändringen om fast vårdkontakt trädde i kraft 1 juli 2010 och regleras i HSL 29 a §. I samband med lagförändringen avskaffades funktionen patientansvarig läkare.

En fast vårdkontakt ska utses om det behövs för att den enskildes trygghet, säkerhet och kontinuitet i vården ska tillgodoses.

Om behov föreligger eller om den enskilde begär det utses fast vårdkontakt. Den person som utses ska, så långt det är möjligt, samråda med och respektera den enskildes önskemål när den fasta vårdkontakten utses.

Fast vårdkontakt utses i normalfallet i samband med samordnad individuell planering och dokumenteras i journalen samt i den samordnade individuella planen. Fast vårdkontakt kan utses även om samordning inte är nödvändig och en samordnad individuell plan inte upprättas.

För personer i särskilda boendeformer utses den fasta vårdkontakten inom kommunen. För personer i ordinärt boende utses den fasta vårdkontakten bland hälso- och sjukvårdspersonal inom landstinget och/eller kommunen. Alla patienter inom hemsjukvården ska ha en fast vårdkontakt i kommunen och en behandlingsansvarig läkare inom primärvård eller specialist sjukvård.

Personer med livshotande tillstånd, enligt SOSFS 2011:7, kan både ha en fast vårdkontakt med samordningsuppdrag samt en fast vårdkontakt på läkarnivå. Den enskilde ska erhålla tydlig information om vem/vilka som är fast vårdkontakt (namn, arbetsplats, telefonnummer).

## Uppsökande munhälsobedömning och nödvändig tandvård

Landstinget 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.



# Fullmakt, god man eller förvaltare

Vid upprättande av en individuell plan är utgångspunkten att den enskilde företräder sig själv, 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.

**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** får inte anordnas om god man är tillräckligt. Den enskildes rättsförmåga går förlorad vid förvaltarskap. Vid förvaltarskap krävs alltid läkarintyg. 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 överförmyndarnämnden i kommunen.

# Meddix

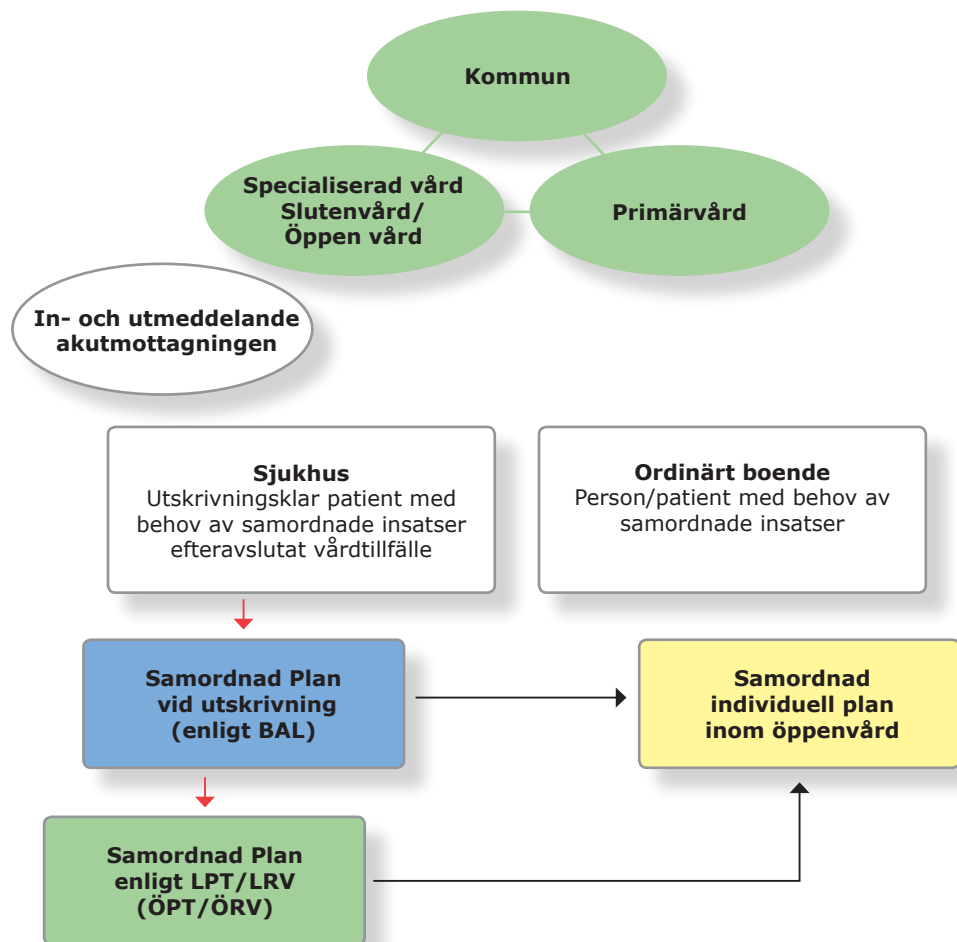
För informationsöverföring, vid samordnad individuell planering och dokumentation ska IT-systemet Meddix användas. Meddix är utvecklad för att möta det behov som finns för att tillgodose planering utifrån den enskildes samlade behov inom öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst – Samordnad Individuell Plan (SIP), samordnad plan vid utskrivning från slutenvården enligt Betalningsansvarslagen (SVP), öppen tvångspsykiatrisk vård (ÖPT) respektive öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV) samt In- och Utmeddelande mellan akuten och ordinärt- samt särskilt boende.

Införande av Meddix i den egna verksamheten är ett ansvar för respektive huvudman. Informationsöverföring via fax är endast tillåtet som en reservrutin om IT-systemet är ur funktion. Saknar annan vårdgivare Meddix ska informationsöverföring ske på säkert sätt via telefon eller fax. Mottagaren ska ringas upp innan sändning så att faxet tas om hand omedelbart. Informationen ska avidentifieras och kodifieras. Om IT-systemet är ur funktion ska en avvikelserapport lämnas till berörd chef.

**Sekretess hindrar inte att ett landsting till en kommun lämnar uppgift om namn, personnummer och folkbokföringsadress för patienter för vilka kommunen har betalningsansvar.**

# Meddix

SVP, ÖPT/ÖRV, SIP



# Samverkansorganisation

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 ledamöter från kommun och landsting. Beredningens uppdrag är att säkerställa och utveckla samverkan mellan kommun och landstinget, fastställa gemensamma politiska styrdokument och vara styrgrupp för länsstyrgruppen.

**Länsnivå:** I Norrbotten finns en länsstyrgrupp som hanterar samverkansfrågor mellan länets kommuner och landstinget. 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 hälso- och sjukvården samt samordnare. Samordningsansvarig för kommunerna är Kommunförbundet Norrbotten.

**Länsdel-/kommunnivå:** Med länsdel avses de fem geografiska områdena som finns i länet; Piteå älvadal, Luleå-Boden, Östra Norrbotten, Gällivare och Kiruna. Hur samverkan organiseras anpassas efter förutsättningarna i länsdel/kommun både när det gäller övergripande ledningsnivå och verksamhetsnivå.

**Verksamhetsnivå:** Verksamheterna ansvarar för samverkan på individ och gruppnivå. Samverkan styrs av lokala förutsättningar och de riktlinjer som upprättas och antas.

**Lokala rutiner:** Respektive huvudman är ansvarig för att introducera och följa upp antagna riktlinjer. Verksamhetschefen är ansvarig för att rutiner finns för den egna verksamheten. I lokala rutiner bör framgå:

- vem/vilka funktioner som utför informationsöverföringen,
- vem som bevakar att den individuella planen blir upprättad
- vem som bevakar och utför utskrivningsmeddelande.

**Avvikelsehantering och uppföljning:** Vid brister i samverkan mellan landstinget och en kommun ska avvikelse rapport skrivas så att förbättringar kan ske. Avvikelse som gäller landstinget hanteras enligt landstingets generella rutiner för avvikelsehanteringsprocessen. Avvikelse rapport som gäller kommunen skickas till medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, i kommunen. Avvikelsehanteringen hos kommunen sker därefter enligt lokala rutiner.

**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 i linjeorganisationen ska rapportering ske till den politiska samverkansberedningen.

# Hälso- och sjukvård i ordinärt boende

Från och med 1 februari 2013 övertog länets kommuner ansvaret för hälso- och sjukvård i ordinärt boende från 18 år och äldre. Ansvaret för kommunerna gäller för hälso- och sjukvårdsinsatser som omfattar sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Tröskelprincipen ska gälla, vilket innebär att den enskilde i första hand ska ta sig till sin vårdcentral/hälsocentral för vård. 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 vårdcentral/hälsocentral. Överföringen av ansvaret för hälso- och sjukvård i ordinärt boende i Norrbottens län omfattar både oplanerade och planerade hembesök och hemsjukvårdsbesök.

## Öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst

När den enskilde, oavsett ålder, har behov av samordnade insatser från landsting och kommun ska en samordnad individuell plan upprättas. Den meddelandefunktion som kan nyttjas i Meddix ska användas av samtliga aktörer för att ex kommunicera administrativ information gällande ett specifikt vård- och omsorgstillfälle.

## Kallelse - Samordnad individuell planering

- ▶ *Samordning får endast göras om den enskilde har lämnat samtycke.*
- ▶ *Den yrkesutövare som uppmärksammar att den enskilde har behov av samordning ansvarar för att kalla till möte.*
- ▶ *Tänk på att minimera antalet personer som kallas till planeringen eftersom det är en utsatt situation för den enskilde. Viktigt att identifiera rätt aktörer utifrån den enskildes behov.*
- ▶ *Den aktör som kallas till samordnad planering är skyldig att delta.*
- ▶ *I kallelsen anges tid och plats för samordnad individuell planering.*
- ▶ *Samordnad individuell planering ska påbörjas snarast, dock senast inom fem arbetsdagar.*
- ▶ *Med påbörjad planering avses en aktiv kontakt (exempelvis Meddix eller telefon) mellan företrädare som har mandat att företräda respektive huvudman.*

15

### Ansvarig

Ansvarig för att kallelse till samordnad individuell planering skickas är den som uppmärksammar behovet av nya eller förändrade insatser eller vård- och omsorgsbehov.

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.

### Till

Kallelse till samordnad individuell planering skickas till:

- *den enskilde och/eller närstående eller legal företrädare,*
- *ansvarig inom socialtjänsten, inklusive hälso- och sjukvård*
- *primärvård, psykiatrisk öppenvård eller annan öppenvård.*

## Samordnad individuell plan

- ▶ *Upprättande av SIP får endast göras om den enskilde har lämnat samtycke.*
- ▶ *Med samordnad individuell plan avses planering av de insatser som den enskilde bedöms behöva från flera aktörer.*
- ▶ *Den individuella planen ska innehålla uppgifter om det bedömda behovet av insatser samt uppgifter om vilken enhet som är ansvarig för respektive insats.*
- ▶ *Planeringen ska påbörjas utan dröjsmål, dock senast inom fem arbetsdagar.*
- ▶ *En samordnad individuell plan är upprättad när den är signerad av dem som medverkat vid planeringen.*
- ▶ *Den enskilde kan välja att anta eller avstå erbjudna insatser.*
- ▶ *Den upprättade planen ska lämnas till den enskilde.*
- ▶ *Den upprättade planen ska kontinuerligt följas upp och omprövas vid behov.*
- ▶ *En huvudman kan inte erbjuda eller fatta beslut om ett samhällsstöd som någon annan ska tillhandahålla.*

En samordnad individuell plan ska gälla för alla som har behov av en sådan. Närstående kan delta vid planering oavsett biologiskt släktskap om den enskilde inte motsätter sig detta.

### **Ansvarig**

Att en samordnad individuell plan utformas och signeras är ett gemensamt ansvar för företrädare för berörda huvudmän. Huvudregeln är att den huvudman som har mest kontakt med den enskilde får det övergripande ansvaret för samordningen.

### **När**

Planen ska upprättas när samordning behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Har en samordnad plan upprättats i samband med utskrivning från slutenvården ska denna följas upp och omprövas. Datum för planerad uppföljning ska beslutas vid den samordnade planeringen i samband med utskrivning och ska ske i samråd med den enskilde. I samband med uppföljning, upprättas därefter en samordnad individuell plan i Meddix öppenvård, om den enskilde ger sitt samtycke. Detta gäller för personer i ordinärt boende.



### Hur

Om inget annat beslutas ansvarar den som initierat samordningen för att hålla i mötet och se till att en plan upprättas, undertecknas och delges mötesdeltagarna. När planen är upprättad ska den delges den enskilde. Vid behov ska planen kunna erbjudas i annan form än skriftlig.

Finns en tidigare samordnad individuell plan upprättad ska denna anpassas till den nu aktualiserade.

Planeringen kan ske med berörda företrädare närvarande, på distans via videokonferens eller per telefon med berörda parter.

Sista dag för signering av den samordnade individuella planen beslutas gemensamt.

När en samordnad individuell plan finns upprättad ska detta noteras i journalen. Motsvarande dokumentation ska ske enligt SoL/LSS.

### Vad

Av planen ska framgå:

- *lång- och kortsiktiga mål för insatserna,*
- *vilka insatser som behövs,*
- *vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för,*
- *vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen,*
- *vem som ska betala insatserna (avhandlas utan den enskildes närvaro),*
- *vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen,*
- *hur och när uppföljning och utvärdering ska ske.*

Bistånd enligt SoL eller insatser enligt LSS förutsätter att den enskilde själv eller genom en ställföreträdare ansökt om detta. Den enskildes ansökan om bistånd kan undertecknas vid planeringstillfället. 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.

Den samordnade individuella planen ska finnas tillgänglig hos respektive huvudman.

## Egenvård

- ▶ *Det gemensamma målet är att den enskildes och närståendes förmågor nyttjas så långt det är möjligt.*
- ▶ *Den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården bedömer inom sitt ansvarsområde i samråd med den enskilde om en hälso- och sjukvårdåtgärd kan utföras som egenvård.*
- ▶ *Den individuella bedömningen ska utgå från den enskildes fysiska och psykiska hälsa samt patientens livssituation och ske i samråd med den enskilde.*
- ▶ *Egenvård kan utföras av den enskilde, närstående, socialtjänst eller annan aktör. Legitimerad yrkesutövare ska samråda med den aktuella utföraren av egenvården.*
- ▶ *Vid behov av praktisk hjälp med egenvård kan den enskilde ansöka om denna insats som bistånd enligt SoL eller som insats eller LSS. SoL/LSS-beslut tas normalt i samband med den individuella planeringen.*
- ▶ *Om den enskilde har nedsatt kognitiv\* förmåga och inte kan ta ansvar för sina läkemedel bedöms läkemedel alltid som en hälso- och sjukvårdsinsats om den utförs av anställd personal.*
- ▶ *Bedömningen av egenvården ska dokumenteras i journalen, och följas upp och omprövas om det inte är uppenbart obehövt.*

*\*Kognitiv svikt innebär nedsatt förmåga, bristande omdöme att ta emot information, att bearbeta den och/eller dra en slutsats i tanke och handling.*

### Socialstyrelsens definitioner

**Egenvård:** *Hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra som egenvård. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen.*

**Hälso- och sjukvård:** *Åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.*

**Hälso- och sjukvård omfattar sådan verksamhet som bedöms kräva personal med utbildning inom hälso- och sjukvård eller sådan personal i samarbete med annan personal. Se vidare 1 § hälso- och sjukvårdslagen och 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen 2010:659.**

## Individuell bedömning

- Den individuella bedömningen ska utgå från patientens fysiska och psykiska hälsa samt patientens livssituation och ske i samråd med den enskilde.
- Den som gör bedömningen måste analysera om det finns några risker med att åtgärden bedöms som egenvård.
- Föräldrar har ansvar för att hjälpa sina barn med egenvården. En bedömning måste dock göras utifrån föräldrarnas förutsättningar att klara av egenvården på ett säkert sätt.
- Den enskildes och närståendes resurser och förmågor ska nyttjas så långt det är möjligt.
- Närstående till vuxna personer har ingen skyldighet att hjälpa till med egenvården.
- När läkemedel bedöms som egenvård ska föreskriften om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården inte tillämpas. Delegering ska därför inte tillämpas.
- Bedömning om egenvård ska dokumenteras i den enskildes journal och denne ska informeras om vad egenvården innebär.

## Ansvarig

Den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården bedömer inom sitt ansvarsområde i samråd med den enskilde om en hälso- och sjukvårdåtgärd kan utföras som egenvård. Den som har gjort bedömningen ansvarar för att egenvården:

- *omprövas om förutsättningarna ändras*
- *följs upp regelbundet i de fall det inte är uppenbart obehövt*

Den som gjort bedömning om egenvård ansvarar för att en planering görs i de fall behov finns.

I avvaktan på att den enskilde får ett beslut enligt SoL eller LSS ligger ansvaret för åtgärden hos hälso- och sjukvården. Beslut om insats ska tas skyndsamt.

## När

När den enskilde behöver praktisk hjälp med utförandet av egenvård.

## Hur

Planeringen ska göras i samråd med:

- *den enskilde,*
- *den eller de som ska hjälpa den enskilde med egenvården,*
- *ansvarig nämnd, om den enskilde har beviljats eller kommer att beviljas hjälp med egenvården av socialtjänsten, eller vårdgivare, vårdenheter och andra aktörer som kommun eller landsting har avtal med och som kan komma att beröras av egenvården.*

## Vad

Dokumentationen ska innehålla:

- *vilken åtgärd som har bedömts som egenvård,*
- *om den enskilde själv eller med hjälp av någon annan ska utföra egenvården,*
- *hur information och instruktioner till dem som ska utföra egenvården ska ges,*
- *vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas, om den enskilde har drabbats av eller har utsatts för risk att drabbas av skada eller sjukdom i samband med egenvården,*
- *vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas, om den enskildes situation förändras,*
- *hur och när bedömningen av egenvården ska följas upp,*
- *när en omprövning av bedömningen av egenvården ska göras.*

Den enskilde ska få en kopia av den samordnade individuella planen. Kopia av dokumentationen ska även föras till personakten Eller motsvarande om socialtjänsten eller andra är utförare av egenvården. Kopia av dokumentationen kan efterfrågas som underlag för bedömning och ställningstagande till ansökan om praktisk hjälp av egenvård enligt SoL/LSS.

## Habilitering och rehabilitering med samordningsansvar

- ▶ *Planeringen av samordningen ska genomföras tillsammans med den enskilde och med respekt för dennes självbestämmande och integritet.*
- ▶ *Samordning får göras om den enskilde har lämnat samtycke.*
- ▶ *Den som uppmärksammar behov av samordning ansvarar för att kalla till möte.*
- ▶ *Tänk på att minimera antalet personer som kallas till planeringen eftersom det är en utsatt situation för den enskilde. Viktigt att identifiera rätt aktörer utifrån den enskildes behov.*
- ▶ *Den aktör som kallas till samordnad planering är skyldig att delta.*
- ▶ *En samordnad individuell plan ska upprättas och dokumenteras och ansvarig samordnare ska utses.*
- ▶ *Den upprättade planen ska lämnas till den enskilde.*

***I Socialstyrelsens föreskrifter om samordning av insatser vid habilitering och rehabilitering fastställs att den enskilde ska erbjudas samordning av insatser kring habilitering och rehabilitering om denne har behov av det. Särskild hänsyn ska tas till enskilda med långvariga behov.***

### **Socialstyrelsens definitioner**

***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 aktivtdeltagande 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 intellektuell funktionsförmåga.

***Insats:*** Handling som är inriktad på visst resultat.

### Ansvarig

Den personal som konstaterar att behov av samordning föreligger kallar samman berörda parter till möte. Den som initierar en samordning behöver inte bli samordningsansvarig. Samordnaren ska vara anställd av någon av de berörda verksamheterna. Det är en fördel om samordnaren har en naturlig roll i den enskildes hab-/rehabilitering med kunskap inom området. Kontinuitet ska eftersträvas.

### När

Samordning ska erbjudas när den ger ett mervärde för den enskilde utöver den samverkan som enligt gällande överenskommelser redan sker mellan huvudmännen. Insatserna kan vara arbetslivsinriktade, medicinska, pedagogiska, psykologiska, sociala och tekniska och ska utgå från den enskildes behov, förutsättningar och intressen.

### Hur

Vid mötet ansvarar samordnaren för att en plan upprättas, undertecknas och delges mötesdeltagarna. Vid behov ska planen kunna erbjudas i annan form än skriftlig. Samordningsansvaret ska dokumenteras i journalen. Om den enskilde får insatser med stöd av SoL eller LSS ska motsvarande dokumentation ske enligt dessa lagar.

### Vem

Samordningsansvarig kan betecknas som den enskildes förlängda arm och "spindeln i nätet". Denne ska ha kompetens och mandat för uppdraget att samordna för att förbättra för den enskilde att leva ett så normalt liv som möjligt.

### Vad

I samordningsansvaret ligger att vara sammankallande till möten och följa upp den samordnade individuella planen. Arbetsuppgifter fördelas vid mötet utifrån roll och ansvar. Samordningsansvarig ansvarar för att följa upp planen. Samordningsansvarig utses till kontaktlänk för den enskilde.

Planen ska innehålla uppgifter om den enskildes:

- *behov, förutsättningar och intressen,*
- *mål för de samordnade insatserna,*
- *planerade och beslutade insatser,*
- *uppgifter om vem/vilka som ska genomföra insatserna,*
- *samordnarens kontaktuppgifter i form av namn, adress, telefonnummer samt e-postadress,*
- *tidsplan,*
- *uppföljning och utvärdering för att säkerställa att målsättningen med samordningen uppnås.*

# In- och utmeddelande till och från akuten

## Inmeddelande akut

Meddelande från kommun fylls i av distriktssköterska/sjuksköterska och följer med patienten till mottagande vårdnivå, akut mottagning. Meddelandet används för att informera mottagaren vid en akut händelse och för att ge sjukhuset uppgifter om patientens hälsotillstånd, allmänna funktionsförmåga och nuvarande hjälpbehov. Mottagande akutmottagning på sjukhus, ska besvara meddelandet och returnera det oavsett om patienten går tillbaka till sitt boende eller blir inlagd.

I meddelandet ska det alltid framgå hur akutmottagningen når ansvarig distriktssköterska/sjuksköterska för aktuell patient.

*Meddelande om den enskildes omvårdnadsstatus skickas från ordinärt/särskilt boende till det sjukhus den enskilde uppsöker för akut vård.*

*Meddelandet ska innehålla uppgifter om:*

- den enskildes aktuella hälsoproblem
- den enskildes behov av hjälpinsatser
- kontaktuppgifter för ansvarig inom ordinärt/särskilt boende
- kontaktuppgifter för ansvarig läkare inom primärvården

### Ansvarig

Ansvarig för att meddelande skickas för den enskilde inom ordinärt/särskilt boende är omvårdnadsansvarig sjuksköterska/distriktssköterska inom kommunal verksamhet.

### När

Meddelandet skickas när den enskilde åker akut till sjukhuset.

### Till

Meddelandet skickas till sjukhusets akutmottagning.

## Utmeddelande akut

Akutmottagning på sjukhus ska besvara inmeddelandet och returnera det till kommun oavsett om patienten går tillbaka till sitt boende eller blir inlagd.

*Meddelande om den enskildes omvårdnadsstatus skickas från akutmottagning till ordinärt/särskilt boende*

*Meddelandet ska innehålla uppgifter om:*

- sammanfattning, bedömning och eventuell diagnos
- utförda åtgärder
- den enskildes behov av planerade åtgärder och uppföljning

## In- och utskrivning i slutenvård

En väl fungerande samverkan mellan landsting och kommuner vid in- och utskrivning i slutenvård skapar goda förutsättningar att tillgodose framtida vård- och omsorgsbehov hos den enskilde. Landstinget och kommunerna har ett gemensamt ansvar för att vård och omsorg utformas så att den enskilde, så långt det är möjligt, inte märker av det dubbla huvudmannskapet.



## Behandlande läkare

Den behandlande läkaren ska ansvara för att en samordnad plan vid utskrivning från slutenvården upprättas när behov finns. Denne har också ansvar att underrätta mottagande läkare som har det fortsatta ansvaret för den enskildes vård och behandling. Det är behandlande läkare som avgör när den enskilde är utskrivningsklar. Det är ett gemensamt ansvar att bedöma om det för den fortsatta vården finns kompetens och resurser inom den öppna hälso- och sjukvården.

## Meddelande från öppen vård vid in-skrivning - statusmeddelande

- ▶ *Meddelande om den enskildes omvårdnadsstatus skickas från ordinärt och särskilt boende till det sjukhus den enskilde uppsöker för akut eller planerad vård.*
- ▶ *Meddelandet ska innehålla uppgifter om:*
  - *den enskildes behov av hjälpinsatser*
  - *kontaktuppgifter för ansvarig inom ordinärt och särskilt boende*
  - *kontaktuppgifter för ansvarig läkare inom primärvården*

### Ansvarig

Ansvarig för att meddelande skickas för den enskilde inom ordinärt/särskilt boende är omvårdnadsansvarig sjuksköterska/distriktssköterska inom kommunal verksamhet samt sjuksköterska/distriktssköterska vid hälsocentral.

### När

Meddelandet skickas när den enskilde åker till sjukhuset.

### Till

Meddelandet skickas till sjukhusets akutmottagning/vårdenhet.

## Inskrivningsmeddelande

- ▶ *Inskrivningsmeddelande skickas för personer där nya eller fortsatta insatser bedöms bli aktuella efter sjukhusvistelsen. Inskrivningsorsak ska uppges och skickas snarast för att underlätta fortsatt planering.*
- ▶ *Planering av kommande insatser som kan bli aktuella efter utskrivning bör initieras så tidigt som möjligt (till exempel personalinsatser, hjälpmedel eller bostadsanpassning).*

### Ansvarig

Ansvarig för att meddelande skickas är behandlande läkare vid den enhet där den enskilde vistas.

### När

Inskrivningsmeddelandet skickas när den enskilde skrivs in i landstingets slutna hälso- och sjukvård eller så snart det därefter bedöms finnas behov av det. Med meddelandet underrättas berörda enheter i den öppna vården eller socialtjänsten om att den enskilde efter att ha skrivits ut kan komma att behöva:

- *kommunens socialtjänst inklusive hälso- och sjukvård*
- *primärvård, psykiatrisk öppenvård eller annan öppenvård*
- *bostadsanpassning och/eller kvalificerade hjälpmedel*

### Till

Inskrivningsmeddelande skickas till:

- *avsändare av meddelandet från primärvård/kommun (ansvarig sjuksköterska, ansvarig läkare)*
- *kommunens socialtjänst inklusive hälso- och sjukvård*
- *primärvård, öppen psykiatrisk vård eller annan öppen vård*
- *annan berörd vård- och omsorgsgivare*

## Kallelse - Samordnad planering vid utskrivning

- ▶ *Kallelse till samordnad planering vid utskrivning ska ske då nya eller fortsatta insatser eller vårdbehov bedöms bli aktuella efter sjukhusvistelsen. Planering sker alla helgfria vardagar*
- ▶ *Samordning får endast göras om den enskilde har lämnat samtycke.*
- ▶ *Tänk på att minimera antalet personer som kallas till planeringen eftersom det är en utsatt situation för den enskilde. Viktigt är att identifiera rätt aktörer utifrån den enskildes behov.*
- ▶ *Den aktör som kallas till samordnad planering är skyldig att delta.*
- ▶ *Planeringen ska påbörjas senast dagen efter det att kallelsen har mottagits.*
- ▶ *Med påbörjad planering avses en aktiv kontakt (exempelvis Meddix, eller telefon) mellan företrädare som har mandat att företräda respektive huvudman.*

27

### Ansvarig

Ansvarig för att kallelse till samordnad planering vid utskrivning skickas är behandlande läkare. I ansvaret ingår att utifrån den enskildes behov bedöma vilken kompetens som behövs för att behoven ska bli tillgodosedda.

### När

Kallelse ska skickas när det finns behov av att upprätta en samordnad plan vid utskrivning för att tillgodose den enskildes behov. Kallelsen skickas vardagar senast kl 13.00, dagen innan en planering ska påbörjas. Kallelse skickad efter kl 13.00 anses inkommen påföljande vardag.

### Till

Kallelse till samordnad planering vid utskrivning skickas till:

- *den enskilde och/eller närstående eller legal företrädare,*
- *ansvarig inom socialtjänsten inklusive hälso- och sjukvård*
- *primärvård, öppen psykiatrisk vård eller annan öppen vård,*
- *omvårdnadsansvarig sjuksköterska och ansvarig läkare om den enskilde vårdas på särskilt boende. I meddelandet från primärvården/kommunen finns uppgifter om vem som är ansvarig sjuksköterska och ansvarig läkare.*

### Vad

I kallelsen anges tid och plats för samordnad planering vid utskrivning. Preliminärt datum för utskrivningsklar dag ska anges.

## Samordnad plan vid utskrivning

- ▶ *Samordning får göras om den enskilde har lämnat samtycke*
- ▶ *Med samordnad plan vid utskrivning avses planering av de insatser som den enskilde bedöms behöva efter utskrivning från slutenvården. Vem som är ansvarig för respektive insats ska anges*
- ▶ *Planeringen ska påbörjas senast dagen efter det att kallelsen mottagits. Kallelse skickad före 13.00 anses som mottagen samma dag. Planering sker alla helgfria vardagar*
- ▶ *En samordnad plan är upprättad när den är justerad*
- ▶ *Den enskilde kan välja att anta eller avstå erbjudna insatser*
- ▶ *Den upprättade planen ska lämnas till den enskilde*
- ▶ *En huvudman kan inte erbjuda eller fatta beslut om ett samhällsstöd som någon annan ska tillhandahålla*
- ▶ *Vid behov ska uppföljning ske gemensamt i ordinärt boende och en SIP öppenvård upprättas*
- ▶ *Datum för denna uppföljning bestäms i samråd med den enskilde och kanske vid den samordnade planeringen inför utskrivning från slutenvården*

### Ansvarig

Att en samordnad plan vid utskrivning utformas och justeras är ett gemensamt ansvar för företrädare för berörda huvudmän. Ansvarig för att bevaka att planen blir justerad av samtliga berörda är behandlande läkare på utskrivande enhet.

### När

Samordnad plan vid utskrivning ska upprättas när samordning behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Planeringen ska påbörjas senast dagen efter det att kallelsen mottagits. Kallelse skickad före 13.00 anses som mottagen samma dag.

### Hur

Den enskilde och/eller närstående eller legal företrädare bör delta i planeringen. Utifrån den enskildes behov av insatser deltar personal med olika kompetens. Tänk på att minimera antalet personer eftersom det är en utsatt situation för den enskilde. Viktigt att identifiera rätt aktörer utifrån den enskildes behov.

En ansökan krävs från den enskilde själv/eller ställföreträdare för insatser enligt SoL/LSS.

Datum för när den enskilde bedöms vara utskrivningsklar ska anges.

## Justering av planen

- 1 *Slutenvården skriver och sparar sin del.*
- 2 *Kommun och primärvård skriver och justerar sin egen del i den samordnade individuella planen senast kl 13.00 påföljande dag. I särskilda fall kan parterna i dialog komma fram till alternativ tid för justering. Detta ska då beslutas gemensamt och anges i planen.*
- 3 *Slutenvården justerar den slutliga planeringen när den är justerad från kommun och primärvård.*

När planen är upprättad ska den delges den enskilde. Vid behov ska planen kunna erbjudas i annan form än skriftlig.

Finns en tidigare samordnad individuell plan upprättad ska denna anpassas till den nu aktualiserade.

Planeringen ska ske med berörda företrädare närvarande, på distans via videokonferens eller per telefon med berörda parter.

När samordnad plan vid utskrivning är upprättad ska detta noteras i journalen. Motsvarande dokumentation ska ske enligt SoL/LSS.

Om en samordnad plan vid utskrivning från slutenvården har upprättats och den enskildes tillstånd försämras så att denne inte längre är utskrivningsklar ska läkaren dokumentera detta och skyndsamt återta tidigare samordnad plan. När den enskilde på nytt blir utskrivningsklar ska kallelse till ny planering skickas och ny plan upprättas.

## Vad

Av planen ska framgå:

- *mål för insatserna,*
- *vilka insatser som behövs,*
- *vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för,*
- *vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen,*
- *vem som ska betala insatserna,*
- *vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen,*
- *vid behov ska den samordnade planen som upprättats på sjukhuset följas upp i ordinärt boende.*

Bistånd enligt SoL eller insatser enligt LSS förutsätter att den enskilde själv eller genom en ställföreträdare ansökt om detta. Den enskildes ansökan om bistånd kan undertecknas vid planeringstillfället. 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.

Den samordnade planen vid utskrivning från slutenvården ska finnas tillgänglig hos respektive huvudman.

## Egenvård inför utskrivning

- ▶ *Det gemensamma målet är att den enskilde och närståendes förmågor nyttjas så långt det är möjligt.*
- ▶ *Vid utskrivning av personer i slutenvård ansvarar den behandlande läkaren för att göra en bedömning av om en hälso- och sjukvårdåtgärd kan utföras som egenvård.*
- ▶ *Den individuella bedömningen ska utgå från den enskildes fysiska och psykiska hälsa samt patientens livssituation och ske i samråd med den enskilde.*
- ▶ *Egenvård kan utföras av den enskilde, närstående, socialtjänst eller annan aktör. Legitimerad yrkesutövare ska samråda med den aktuella utföraren av egenvården.*
- ▶ *Vid behov av praktisk hjälp med egenvård kan den enskilde ansöka om denna insats som bistånd enligt SoL eller som insats eller LSS. SoL/LSS-beslut tas normalt i samband med den individuella planeringen.*
- ▶ *Om den enskilde har nedsatt kognitiv\* förmåga och inte kan ta ansvar för sina läkemedel bedöms läkemedel alltid som en hälso- och sjukvårdsinsats om den utförs av anställd personal.*
- ▶ *Bedömningen av egenvården ska dokumenteras i journalen, översikt vårdplan.*

*\*Kognitiv svikt innebär nedsatt förmåga, bristande omföme att ta emot information, att bearbeta den och dra en slutsats i tanke och handling.*

### Socialstyrelsens definitioner

**Egenvård:** *Hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra som egenvård. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen.*

**Hälso- och sjukvård:** *Åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och Behandla sjukdomar och skador.*

**Hälso- och sjukvård omfattar sådan verksamhet som bedöms kräva personal med utbildning inom hälso- och sjukvård eller sådan personal i samarbete med annan personal. Se vidare 1 § hälso- och sjukvårdslagen och 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen 2010:659.**

## Individuell bedömning

- Den individuella bedömningen ska utgå från patientens fysiska och psykiska hälsa samt patientens livssituation och ske i samråd med den enskilde.
- Den som gör bedömningen måste analysera om det finns några risker med att åtgärden bedöms som egenvård.
- Föräldrar har ansvar för att hjälpa sina barn med egenvården. En bedömning måste dock göras utifrån föräldrarnas förutsättningar att klara av egenvården på ett säkert sätt.
- Den enskildes och närståendes resurser och förmågor ska nyttjas så långt det är möjligt.
- Närstående till vuxna personer har ingen skyldighet att hjälpa till med egenvården.
- När läkemedel bedöms som egenvård ska föreskriften om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården inte tillämpas. Delegering ska därför inte tillämpas.
- Bedömning om egenvård ska dokumenteras i den enskildes Journal och denne ska informeras om vad egenvården innebär.

## Ansvarig

Vid utskrivning av personer i slutenvård ansvarar den behandlande läkaren för att göra en bedömning av om en hälso- och sjukvårdåtgärd kan utföras som egenvård.

Behandlande läkare ansvarar för att egenvården:

- *omprövas om förutsättningarna ändras,*
- *följs upp regelbundet i de fall det inte är uppenbart obehövt.*

Behandlande läkare ansvarar för att en planering görs i de fall behov finns. I avvaktan på att den enskilde får ett beslut enligt SoL eller LSS ligger ansvaret för åtgärden på hälso- och sjukvården. Beslut om insats ska tas skyndsamt.

## När

När den enskilde behöver praktisk hjälp med utförandet av egenvård.

## Hur

Den enskilde erbjuds att delta i planeringen och bestämmer själv, om någon eller några närstående ska delta.

Planeringen ska göras i samråd med:

- *den eller de som ska hjälpa den enskilde med egenvården*
- *ansvarig nämnd, om den enskilde har beviljats eller kommer att beviljas hjälp med egenvården av socialtjänsten, eller vårdgivare, vårdenheter och andra aktörer som kommun eller landsting har avtal med och som kan komma att beröras av egenvården*



## Vad

Dokumentationen ska innehålla:

- *vilken åtgärd som har bedömts som egenvård*
- *om den enskilde själv eller med hjälp av någon annan ska utföra egenvården*
- *hur information och instruktioner till dem som ska utföra egenvården ska ges*
- *vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas, om den enskilde har drabbats av eller har utsatts för risk att drabbas av skada eller sjukdom i samband med egenvården*
- *vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas, om den enskildes situation förändras*
- *hur och när bedömningen av egenvården ska följas upp*
- *när en omprövning av bedömningen av egenvården ska göras*

Den enskilde ska få en kopia av den samordnade planen. Kopia av dokumentationen ska även föras till personakten eller motsvarande om socialtjänsten eller andra är utförare av egenvården.

## Habilitering och rehabilitering med samordningsansvar

I Socialstyrelsens föreskrifter om samordning av insatser vid habilitering och rehabilitering fastställs att den enskilde ska erbjudas samordning av insatser kring habilitering och rehabilitering om denne har behov av det. Särskild hänsyn ska tas till enskilda med långvariga behov.

Vid utskrivning från sluten vård ska en samordnad plan utformas för att säkra att den enskildes behov blir tillgodosedda. Samordningsansvarig utses vid utskrivning från sluten vård, men kan omprövas vid behov i ordinärt boende. För ytterligare information se kapitel 4 Öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst.

## Utskrivningsmeddelande

- ▶ *De enheter som i den samordnade individuella planen är angivna som ansvariga för insatser ska meddelas om att den enskilde planeras bli utskriven från sjukhuset.*
- ▶ *Utskrivningsmeddelande skickas vardagar, senast klockan 13.00 dagen före planerad utskrivning till de enheter som medverkat i upprättande av den individuella planeringen och som är ansvariga för insatser efter sjukhusvistelsen.*
- ▶ *På utskrivningsmeddelandet anges bland annat när kommunens eventuella betalningsansvar inträder.*

### Ansvarig

Ansvarig för att meddelande skickas är behandlande läkare.

### När

Utskrivningsmeddelande skickas vardagar, senast kl 13.00 för att utskrivning ska kunna ske påföljande dag. Utskrivningsmeddelande skickat efter kl 13.00 anses inkommet påföljande dag.

### Till

Utskrivningsmeddelande skickas till de enheter som har ansvaret för de insatser som anges i den upprättade samordnade planen vid utskrivning från slutenvården.

### Observera

Om den enskildes tillstånd försämras så att denne inte längre är utskrivningsklar ska berörda enheter meddelas. När den enskilde på nytt blir utskrivningsklar ska kallelse till ny planering skickas och ny plan upprättas.

Om den enskilde avlidit ska detta meddelas i utskrivningsmeddelandet under avbruten planering. Har den enskilde tackat nej till att medverka i samordnad planering vid utskrivning skickas utskrivningsmeddelande med kompletterande uppgifter.

## Kommunens betalningsansvar

Förutsättningen för att kommunens betalningsansvar ska inträda är att:

- *den enskilde ska vara utskrivningsklar*
- *en samordnad plan vid utskrivning från slutenvården är upprättad då samtliga företrädare för de ansvariga enheterna har klarmarkerat och delat sin dokumentation samt då slutenvården har justerat planen*
- *tidigast fem alternativt trettio vardagar har passerat sedan kommunen tagit emot kallelsen till planering (fem dagar för enskilda i somatisk eller geriatrisk vård och trettio dagar för enskilda i psykiatrisk vård)*
- *Medverkar inte en kommun vid upprättandet av en samordnad plan vid utskrivning inträder kommunens betalningsansvar ändå enligt 11§ om den utskrivningsklara personen stannar kvar inom landstingets slutna hälso- och sjukvård. Detta gäller om det beror på kommunen att en samordnad plan vid utskrivning inte blivit upprättad. Exempel på detta kan vara att kommunens företrädare inte anser sig ha tid att delta eller att ansvarig tjänsteman är frånvarande*
- *Beror det på landstinget att de insatser som landstinget ansvarar för enligt den samordnade planen inte kan utföras blir inte kommunen betalningsansvarig*

Kommer inte landstinget och kommunen överens om annan tidpunkt så inträder kommunens betalningsansvar dagen efter det att den enskilde är utskrivningsklar och en samordnad plan vid utskrivning från slutenvården är upprättad.

### OBS-platser

För utskrivningsklara personer vid vårdcentralernas OBS-platser ska samordnad planering vid utskrivning genomföras på samma sätt som för enskilda vid övrig sluten vård.

## Öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård

Enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT och Lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV ska tvångsvården alltid inledas på sjukhus. En förutsättning för genomförandet av den nya vårdformen är ett nära och förtroendefullt samarbete mellan huvudmännen som utgår från den enskildes behov av vård och stöd.

- ▶ *Chefsöverläkaren ansvarar för att beskriva bedömt behov i planen med beaktande av den enskildes egna resurser.*
- ▶ *En samordnad individuell plan ska upprättas och utformas i samarbete mellan de ansvariga huvudmännen för respektive insats.*
- ▶ *Ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten krävs.*
- ▶ *Vid ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) och öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV) ska planen vara beslutad och justerad av respektive företrädare för huvudmännen före ansökan till förvaltningsrätten.*
- ▶ *ÖPT och ÖRV bedrivs utanför sjukvårdsinrättning och förutsätter bla att den enskilde behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård.*

Tvångsvården ska uppmuntra den enskilde att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver. Tvångsvård får ges endast om den enskild lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt:

- *har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att den enskilde är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk vård),*

eller

- *behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (ÖPT/ÖRV).*

### Ansvarig

Chefsöverläkaren ansvarar för att en samordnad plan vid utskrivning upprättas, följs upp och utvärderas. Om behov av ÖPT eller ÖRV föreligger ansvarar chefsöverläkaren för att ansökan skickas till förvaltningsrätten som tar beslut. Vid beslutet ska rätten föreskriva de villkor som ska gälla för vården.

### När

När den enskilde inte har behov av kvalificerad dygnetruntvård på sjukhus och kan vårdas utan tvång eller med ÖPT eller ÖRV.

### Hur

Chefsöverläkaren kallar till samordnad planering vid utskrivning. En samordnad plan ska upprättas och undertecknas av samtliga beslutsfattare.

Vid ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård ska den samordnade planen bifogas.

## Vad

En samordnad plan vid utskrivning från slutenvården ska innehålla uppgifter om:

- *den enskildes medicinska, psykologiska och sociala behov*
- *det bedömda behovet av insatser från landstingets hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst inklusive hälso- och sjukvård*
- *beslut om insatser*
- *vilken enhet vid landstinget eller kommunen som ansvarar för respektive insats*
- *eventuella åtgärder som vidtas av andra än landstinget eller kommunen*
- *eventuella villkor för öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård*

De villkor som får förskrivas enligt 26§ LPT får avse:

- *skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling*
- *skyldighet att hålla kontakt med en viss person*
- *skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vård eller behandling eller att besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten*
- *vistelseort, bostad, utbildning eller arbete*
- *förbud att använda berusningsmedel*
- *förbud att vistas på en viss plats eller att ta kontakt med en viss person*
- *annat som är nödvändigt eller följer av planen*

# 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 1982:763)
- Socialtjänstlagen (SoL 2001:453)
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387)
- Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (1990:1404)
- Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT 1991:1128)
- Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV 1991:1129)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Tandvårdslagen (SFS 1998:554)

## Föreskrifter och allmänna råd

- Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS2005:27)
- Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6)
- Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2008:20)
- Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18)
- Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14)
- Läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2001:1)
- Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12)
- Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:11)

## Meddelandeblad och cirkulär

- Meddelandeblad egenvård
- 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 (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

### Inskrivningsmeddelande

- När en patient skrivs in i landstingets slutna vård eller när det finns ett behov av det skall den behandlande läkaren, vid den enhet där patienten vistas, genom ett inskrivningsmeddelande underrätta berörda enheter, i den öppna vården eller omsorgen, om att patienten efter att ha skrivits ut kan komma att behöva
    - kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård,
- eller
- landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård (10 a §).

### Sekretess

- Sekretess hindrar inte att ett landsting till en kommun lämnar uppgift om namn, personnummer och folkbokföringsadress för patienter för vilka kommunen har betalningsansvar. (15 §).

### Vårdplan

- En vårdplan skall upprättas för en patient som efter att ha skrivits ut från en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård av den behandlande läkaren bedöms behöva
    - kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård,
- eller
- landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård (10 a §).
- Ska en vårdplan upprättas enligt 10b § skall den behandlande läkaren kalla till en vårdplanering. (10 c §).
  - Vårdplaneringen skall påbörjas senast dagen efter det att kallelsen mottagits. (10 c §).
  - En vårdplan skall utformas i samarbete mellan företrädare för berörda enheter vid
    - kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård,
- eller
- landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård (10 a §).
- Patienten eller hans eller hennes närstående bör delta i vårdplaneringen (10 c §).
  - En vårdplan skall innehålla uppgifter om det bedömda behovet av insatser enligt 10 b § samt uppgifter om vilken enhet som är ansvarig för respektive insats. (10 d §)
  - En vårdplan är upprättad när den har justerats av företrädare för de ansvariga enheterna. (10 d §).



### Utskrivningsklar

- En patient är utskrivningsklar om han eller hon av den behandlande läkaren inte längre bedöms behöva vård vid enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård. (10 §).

### Utskrivningsmeddelande

- Senast dagen före det att en patient beräknas skrivas ut från den slutna hälso- och sjukvården skall den behandlande läkaren vid den enhet där patienten vistas genom ett utskrivningsmeddelande underrätta ansvariga enheter enligt 10 d §. (10 e §).

### Betalningsansvar

- En kommun har betalningsansvar för patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård eller psykiatrisk vård inom landstingets slutna hälso- och sjukvård som är utskrivningsklara och för vilka en vårdplan är upprättad. (10 §).
- Kommer inte landsting och kommun överens om en annan tidpunkt så träder kommunens betalningsansvar in dagen efter det att patienten är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad. (11 §).
- För en patient i den somatiska akutsjukvården eller den geriatriska vården inträder betalningsansvaret tidigast fem vardagar efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplanering. Lördag, midsommaraf- ton, julafton, och nyårsafton oräknade. (11§).
- För patient i den psykiatriska vården inträder betalningsansvaret tidigast 30 vardagar efter att kommunen mottagit kallelsen till vårdplanering. Lördag, midsommaraf- ton, julafton och nyårsafton oräknade. (11 §).
- Kan de insatser som landstinget ansvarar för enligt 10 d § inte utföras inträder inte något betalningsansvar för kommunen. (11a §).
- Medverkar inte en kommun vid upprättandet av en vårdplan inträder kommunens betalningsansvar ändå enligt 11 § om den utskrivningsklara patienten stannar kvar inom landstingets slutna hälso- och sjukvård. (11 a §).

### Ersättningens belopp

Ersättning för vård av utskrivningsklara patienter ska lämnas med belopp som motsvarar den omvårdnad som patienten får på enheten. Beloppet ska motsvara genomsnittet i riket och räknas om årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i riket. (12 §).