

# Patientfall i in- och utskrivningsprocessen

## ETT STÖD FÖR VERKSAMHETERNA ATT VÄLJA RÄTT PROCESS

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård omfattar alla enskilda individer som bedöms ha behov av insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården efter utskrivning från slutenvården. Lagen omfattar alla åldrar med olika typer av behov av insatser och samordning.

### Den enskildes behov styr in- och utskrivningsprocessen

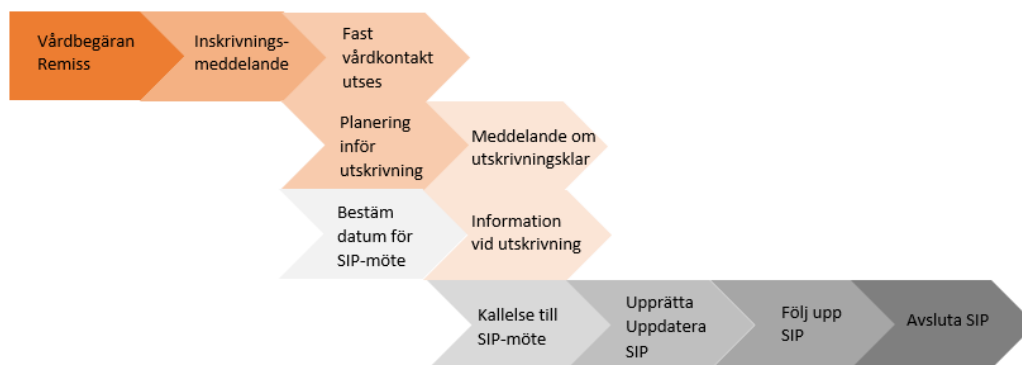
- valet av process görs utifrån den enskildes behov av samordnade insatser
- den enskilde ska vara delaktighet och självbestämmande i processen
- det är viktigt att direkt vid inskrivningen bedöma den enskildes behov och påbörja planering inför utskrivning
- om den enskildes behov förändras under vårdtiden förändras också planeringsprocessen

Enskilda individer som inte har behov av vård- eller omsorgsinsatser efter utskrivning från slutenvården omfattas inte av lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

När den enskilde vårdas enligt LPT (lag om psykiatrisk tvångsvård) eller LRV (lag om rättspsykiatrisk vård) och detta behov kvarstår även efter utskrivning ska ärendet hanteras i enlighet med följande dessa lagar.



## Process med behov av samordning efter utskrivning



Används för personer som har:

- utökat behov av insatser
- behov av nytillkomna insatser
- upprepade besök på sjukhusets akutintag
- flera vårdtillfällen på sjukhus de senaste månaderna

Viktigt med framförhållning och planering.

Planering inför utskrivning i IT-tjänsten SAMSA kan kompletteras med telefonmöte, fysiskt möte eller möte via video.

SIP – möte sker efter utskrivning.

### Patientfall Lars



Lars 56 år bor ensam i en lägenhet men har kontakt med öppensykiatriska mottagningen och har även boendestöd av kommunen. Lars börjar må sämre psykiskt och missköter sin diabetes, han åker med hjälp av sitt boendestöd till sjukhus. På akuten bedömer ansvarig sjukhusläkare att Lars behöver läggas in på vårdavdelning. Lars blir inskriven på vårdavdelning och ansvarig sjukhusläkare beslutar att samordnade insatser behövs och det ger Lars samtycke till. Sjukhuset startar en planering och kallar till ett distansmöte via video. Vid mötet deltar också kommunens handläggare, fast vårdkontakt från vårdcentralen, fast vårdkontakt på öppensykiatriska mottagningen och Lars. Lars ansöker om utökad hjälp för att klara vardagen. Under mötet bestäms datum för ett SIP-möte som ska ske i hemmet. Under mötet kommer också vårdcentralen och öppensykiatriska mottagningens vårdkontakt överens om vem som ska kalla till SIP och vara ansvarig efter detta slutenvårdstillfälle. Sjukhusets läkare skriver remiss till vårdcentralen vad det gäller uppföljning av Lars diabetes. Till SIP-mötet efter utskrivning kallas Lars diabetessjuksköterska från vårdcentralen, handläggare och Lars boendestöd. Under mötet är Lars delaktig i sin planering och en SIP upprättas. Av den framgår vem som ska göra vad och när uppföljning ska ske.

## Patientfall Birgitta



Birgitta 72 år bor ensam i sitt hus och har sedan 15 år en diagnostiserad KOL. Hon har hemtjänstinsatser från kommunen. Birgitta faller i bostaden och larmar. Hon har ont i höger höft och blöder på foten. Hemtjänsten tillkallar ambulans. På sjukhuset röntgas höften som inte visar på någon skada. Birgitta är trött, orolig och lite förvirrad och blir inskriven för observation. Birgitta får dropp det första dygnet och hon blir insatt på smärtstillande tablett. Birgitta träffar en fysioterapeut på vårdavdelningen som förskriver en rollator. Ansvarig sjukhusläkare beslutar att samordnade insatser behövs och det ger Birgitta samtycke till. Sjukhuset startar en planering och kallar till ett direktmöte. Vid mötet deltar också kommunens handläggare, sjuksköterska och fysioterapeut, fast vårdkontakt från vårdcentralen och Birgitta. Birgitta önskar komma hem igen men behöver hjälp med sina läkemedel, såromläggning och utökade hemtjänstinsatser. När Birgitta blir utskrivningsklar kallar fast vårdkontakt till ett SIP-möte som sker två veckor senare. Vid SIP-mötet deltar handläggare, fast vårdkontakt och kommunens hälso- och sjukvård. Under mötet är Birgitta delaktig i sin planering och en SIP upprättas. Av den framgår vem som ska göra vad och när uppföljning ska ske.

## Patientfall Viola



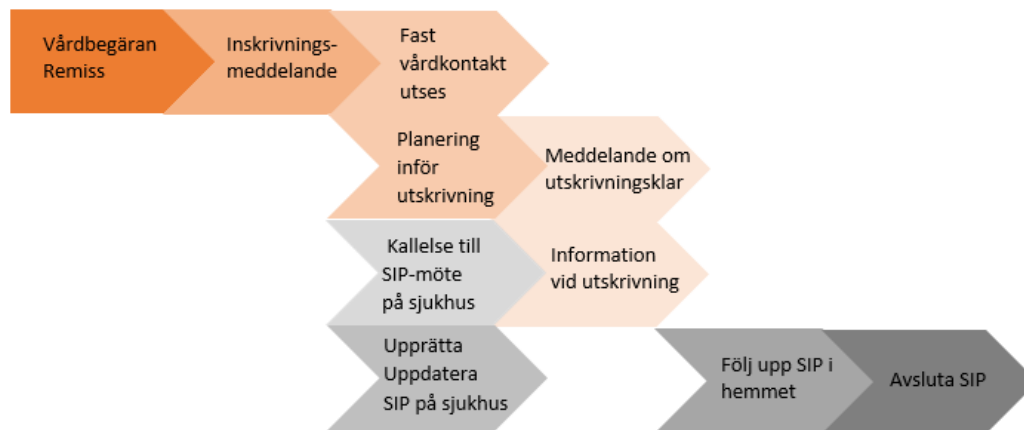
Viola 84 år bor hemma och har inga insatser från kommunen sedan tidigare. Hon är känd på vårdcentralen där hon får hjälp med diabetes och högt blodtryck. Viola faller en dag ihop i hemmet och har svårt för att uttrycka sig i tal. Maken tillkallar ambulans och Viola åker till sjukhuset. På akuten undersöks Viola och beslut tas om utredning för stroke. Viola blir inskriven på sjukhusets strokeenhet. Viola har afasi, nedsatt funktion i höger hand och svårigheter att gå. Rehabiliteringen påbörjas på sjukhuset och hon förbättras och börjar längta hem. Under planeringen beslutas det att Viola åker till vårdcentralen för att få hjälp med sina dagliga injektioner. Fast vårdkontakt i primärvården och ansvarig på strokeenheten ser behov av samordnade insatser efter utskrivning. Viola samtycker till att fast vårdkontakt kallar till ett SIP-möte efter utskrivning. Fast vårdkontakt, kommunens handläggare och arbetsterapeut från primärvårdens rehabmottagning deltar tillsammans med Viola och hennes make på SIP-mötet. Under mötet är Viola och hennes make delaktig i planeringen och en SIP upprättas. Av den framgår vem som ska göra vad och när uppföljning ska ske.

## Frågor

- Vem på min enhet säkerställer att det finns samtycke från patienten?
- Vem bedömer och hur görs bedömningen att samordnade insatser behövs?
- Vem på min enhet bestämmer vilka parter som deltar i planeringen? Kan min enhet lägga till parter?
- Vem efterfrågar vilken vårdval rehab-enhet patienten väljer? Vem lägger till dem som samverkanspart?
- Hur vet jag om patienten är/kommer att bli inskriven i kommunens hälso-och sjukvård vid utskrivning?



## Process vid behov av samordning efter utskrivning där SIP görs på sjukhuset



Används för personer som har:

- stort förändrat behov
- behov av nya insatser från olika professioner och/eller vårdgivare
- omfattande hjälpmedelsbehov
- kraftigt nedsatt kognition
- mottagande personal kan behöva utbildning för att kunna utföra vård i hemmet

Viktigt med god framförhållning och planering.

Planering inför utskrivning i IT-tjänsten SAMSA kan kompletteras med telefonmöte, fysiskt möte eller möte via video.

Behov av SIP-möte på sjukhuset och uppföljning efter utskrivning.

### Patientfall Samir



Samir 30 år är en tidigare helt frisk ung man som efter en trafikolycka fått omfattande skador. Han opereras för ett flertal frakturer men det största problemet är att han har fått en hjärnskada som innebär att han inte klarar av att gå eller klara sin personliga omvårdnad. Han har också svårt uttrycka sig i tal och har nedsatt minne. Samir är inläggad på en neurokirurgisk vårdavdelning och har en beräknad vårdtid på minst två veckor där. Samir förbättrar sig något och planering inför utskrivning startas av vårdavdelningen med samtycke från Samir. Förutom att det krävs stora medicinska insatser behövs också rehabilitering. Insatserna påbörjas på den neurokirurgiska vårdavdelningen men efter två veckor får Samir komma till en rehabmedicinsk vårdavdelning. Där beslutas i samverkan att SIP-möte behövs på sjukhuset. Den fasta

vårdkontakten i öppenvården kallar till SIP-möte och avdelnings rehabiliteringsteam, fast vårdkontakt i primärvården, kommunens handläggare och kommunens hälso- och sjukvård deltar. Under mötet är Samir och hans familj delaktiga i planeringen och en SIP upprättas. Av den framgår att det krävs ytterligare en tid med specialistrehabilitering och att det behövs bostadsanpassning i hemmet.

En månad senare, efter intensiv rehabilitering, sker en uppföljning av SIP på vårdavdelningen. Där beslutas att Samir får komma till ett av kommunens korttidsboende innan han kan komma hem. SIP uppdateras och nytt uppföljningsmöte bokas.

### Frågor

- Vem på min enhet säkerställer att det finns samtycke från patienten?
- Vem bedömer och hur görs bedömningen att samordnade insatser behövs?
- Vem på min enhet bestämmer vilka parter som deltar i planeringen? Kan min enhet lägga till parter?
- Vem efterfrågar vilken vårdval rehab-enhet patienten väljer? Vem lägger till dem som samverkanspart?
- Hur vet jag om patienten är/kommer att bli inskriven i kommunens hälso-och sjukvård vid utskrivning?



## Process utan behov av samordning efter utskrivning



Används för personer som har:

- oförändrat behov
- behov av nytillkomna "mindre" insatser vad gäller medicinska, rehabiliterande åtgärder och/eller sociala insatser.

Dessa insatser och åtgärder behöver **inte** påbörjas samma dag som den enskilde skrivs ut.

Planering inför utskrivning i IT-tjänsten SAMSA behöver sällan kompletteras med telefonmöte, fysiskt möte eller möte via video.

Sällan behov av SIP- möte efter utskrivning men kan förekomma i ett senare skede eller proaktivt.

### Patientfall Arne



Arne är en pigg 82 åring som klarar sig bra i sin lägenhet med städhjälp från kommunen, han är inte inskriven i kommunens hälso-och sjukvård. Sedan några dagar upplever Arne sig trött och mer andfådd och kontaktar sin vårdcentral. Läkaren utreder och skriver sedan remiss till sjukhuset för vidare utredning av misstänkt hjärtsvikt. På sjukhuset skrivs Arne in på en vårdavdelning. Där konstateras hjärtsvikt och behandling påbörjas. I samband med detta bedöms behov av samordnad planering och personalen får Arnes samtycke för kontakt med andra vårdgivare. Arne uttrycker önskemål om hjälp att duscha ett par gånger i veckan. Arbetsterapeut på sjukhuset bedömer fallrisk i samband med duschsituation och förskriver en duschpall som Arne får med sig hem. I planering inför utskrivning dokumenteras Arnes bedömda och upplevda behov. Kommunens handläggare kontaktar Arne och han gör en ansökan om utökat bistånd. Sjuksköterskan på vårdcentralen är Arnes fasta vårdkontakt och hon kontaktar Arne för att meddela att han ska komma på ett besök till henne för uppföljning. Det blir i detta skede inte aktuellt med ett SIP-möte.

### Patientfall Olivia



Olivia 28 år bor på ett träningsboende och har kontakt med öppenvårdsmottagningen inom Beroende. Hon söker vård på sjukhuset med hjälp av en väninna. På akuten bedömer man att Olivia behöver hjälp med abstinensbehandling och hon blir inskriven på en vårdavdelning. Olivia uttrycker en önskan om att komma tillbaka till boendet snarast och samtycker till att sjukhuset startar en planering inför utskrivning. Socialsekreteraren tar kontakt med Olivia för att informera om att hon är välkommen tillbaka hem. Behandlingsinsatsen får hon i samarbete med öppenvården och boendet. Eftersom Olivia sedan tidigare har en SIP uppdateras den utan ett samordnat möte vid detta tillfälle.

### Patientfall Olle



Olle 64 år bor ensam och arbetar heltid. Han har ingen kontakt med vare sig sjukvården eller kommunen. En morgon när ha cyklar till jobbet blir han påkörd av en bil. Ambulansen kör Olle till akuten där han blir undersökt, såren rengörs och flera av dem sys. Olle blir inskriven på en vårdavdelning för vidare observation, utredning och behandling. Inför utskrivning samtalar sjuksköterska på avdelningen med Olle om vad han behöver när han kommer hem. Tillsammans konstaterar de att han inte behöver några insatser från kommunen men att kontakt med hans vårdcentral och en vårdval rehab enhet behövs. Olle samtycker till samverkan.

I SAMSA meddelar vårdcentralen vem som kommer att kontakta Olle efter utskrivning för att ge honom en tid för att ta bort stygnen. Olle får även ett telefonnummer till en rehabmottagning i närområdet där han bor, han kommer själv ta kontakt. Sjukhusets läkare skriver en remiss till vårdcentralen om att det behövs tillsyn av sår och stygntagning. Olle blir informerad i samband med utskrivningen.

*OBS! Planering inför utskrivning i IT-tjänsten SAMSA har inte möjliggjorts för en samordning mellan sjukhuset och primärvård i dagsläget. Detta hindrar inte telefonmöte, fysiskt möte eller möte via video*



## Frågor

- Vem på min enhet säkerställer att det finns samtycke från patienten?
- Vem bedömer och hur görs bedömningen att samordnade insatser behövs?
- Vem på min enhet bestämmer vilka parter som deltar i planeringen? Kan min enhet lägga till parter?
- Vem efterfrågar vilken vårdval rehab-enhet patienten väljer? Vem lägger till dem som samverkanspart?
- Hur vet jag om patienten är/kommer att bli inskriven i kommunens hälso-och sjukvård vid utskrivning?

