

Samverkan vid utskrivning från slutenvård hälso- och sjukvård

Överenskommelse mellan Region
Örebro län och kommunerna
i Örebro län

Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Överenskommelse mellan Region Örebro län och kommunerna i Örebro län

Författad/reviderad av: Jan Sundelius och Ann-Mari Gustafsson, Region Örebro län

Beslutad av (januari 2017): Region Örebro län och Örebro läns kommuner

Beslutad av efter revidering (februari 2025): Chefsgrupp för samverkan social välfärd samt vård och omsorg



Region Örebro län

DEGERFORS
KOMMUNHALLSBERGS
KOMMUNHÄLLEFORS
KOMMUN

Karlskoga

Kumla
kommunLAXÅ
KOMMUNLekebergs
kommunLINDESBERGS
KOMMUNNORA
KOMMUN

Innehåll

1. Överenskommelsens parter	4
2. Inledning	4
3. Definitioner	5
4. Syfte och Mål	7
5. Parternas ansvar	7
5.1 Kommunernas ansvar	7
5.2 Regionens ansvar	8
6. Processen kring trygg och effektiv utskrivning	8
7. Särskilda målgrupper	9
7.1 Palliativ vård	9
7.2 Barn och unga	9
7.3 Psykiatri	9
8. Ekonomisk reglering	9
9. Uppföljning, utvärdering och revideringar i överenskommelsen	10
10. Överenskommelsens ikraftträdande och upphörande	10
Bilagor	11

1. Överenskommelsens parter

- Region Örebro län
- Askersunds kommun
- Degerfors kommun
- Hallsbergs kommun
- Hällefors kommun
- Karlskoga kommun
- Kumla kommun
- Laxå kommun
- Lekebergs kommun
- Lindesbergs kommun
- Ljusnarsbergs kommun
- Nora kommun
- Örebro kommun

Kommunerna kallas gemensamt ”kommunerna” och var för sig ”kommun”. Region Örebro län kallas ”regionen”. Kommunerna och Regionen gemensamt kallas ”parterna”.

2. Inledning

Överenskommelsen har sin grund i Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och gäller fr.o.m. 2018-01-01. Samma regler för somatisk och psykiatrisk hälso- och sjukvård gäller fr.o.m. 2019-01-01.

Den medicinska och tekniska utvecklingen har möjliggjort att individen i ökad omfattning kan få vård av god kvalitet på ett tryggt och säkert sätt i hemmet.

En trygg och säker utskrivning från sjukhuset börjar redan vid inskrivning. Risker och behov måste identifieras och planeringen anpassas utifrån den enskildes behov.

Att vara i behov av vård på sjukhus innebär en stor förändring för den enskilde och närstående. Om behov finns av stöd efter utskrivning skall kontakter knytas med kommun och regionens öppenvård för att planera för den fortsatta vården och omsorgen. Överenskommelsen syftar till att skapa trygg och effektiv övergång till öppenvård efter en slutenvårdsvistelse genom att vara en god grund för ett tillitsfullt samarbete mellan parterna så att vårdens och omsorgens insatser kan samordnas utifrån individens delaktighet, behov och förutsättningar.

Målgruppen är personer, i alla åldrar, som efter utskrivning från den slutna vården behöver insatser från kommunernas socialtjänst och/eller hälso- och sjukvården i samverkan med regionens öppenvård. Personer som endast har behov av fortsatta insatser inom regionens öppenvård omfattas inte.

Överenskommelsen är en övergripande, vägledande ramöverenskommelse. Möjlighet finns att med denna överenskommelse som grund skapa specifika rutiner/arbetssätt lokalt om parterna är överens om detta och att en jämlik vård av länets invånare kan garanteras.

I överenskommelsen hänvisas till andra länsgemensamma överenskommelser och riktlinjer.

[Länk till överenskommelser och riktlinjer som reglerar samverkan](#)

ViSam-modellen¹ reglerar parternas gemensamma arbetssätt och rutiner för patienter som skrivs in i slutna vård.

[Länk till ViSam-modellen](#)

3. Definitioner

Hälso- och sjukvård

Med hälso- och sjukvård avses i denna lag dels åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, dels sjuktransporter².

Socialtjänst

Definieras som insatser för en enskild enligt författningarna om socialtjänst (SoL) och stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt insatser enligt de särskilda författningarna om vård utan samtycke av unga eller av missbrukare (LVU, LVM).

Kommunal hälso- och sjukvård

Definieras som personer med en aktuell hälso- och sjukvårdsinsats från kommunal personal. Aktuella insatser kan utföras av sjuksköterska, arbetsterapeut eller av omvårdnadspersonal efter att en arbetsuppgift fördelats eller delegerats av arbetsterapeut, sjuksköterska eller fysioterapeut.

Regionens öppenvård

Innefattar både öppenvårdsmottagningar inom specialistvården och primärvården. I de flesta fall innebär det vårdcentral eller psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Slutna vård

Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård³.

Fast vårdkontakt

En fast vårdkontakt är en namngiven person i en hälso- och sjukvårdsverksamhet. Den fasta vårdkontakten bör kunna bistå patienter/vårldnadshavaren och närstående i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter och vara patientens kontaktperson. Verksamhetschef i regionens öppenvård ska utse en fast vårdkontakt innan patienten skrivs ut från den slutna vården. Bedömningen ska grundas på patientens behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose behovet. En fast vårdkontakt är någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen. Rollen är alltså inte knuten till någon särskild yrkeskategori. För patient med livshotande tillstånd utses legitimerad

¹ ViSam-modellens syfte är att förbättra kvalitet och ge förutsättningar för en sammanhållen vård och omsorg. Modellen antogs i samverkan hösten 2013 och ska användas av alla länets vård och omsorgsverksamheter.

² patientlagen (2014:821)

³ Socialstyrelsens Termbank

läkare som fast vårdkontakt. Med livshotande tillstånd avses tillstånd som på grund av sjukdom eller skada medför fara för en människas liv (akut eller i ett längre perspektiv).

Behandlande läkare

Den läkare som är huvudansvarig för en patients behandling under slutenvårdstillfället⁴.

Utskrivningsklar

Med utskrivningsklar avses att en patients hälsotillstånd är sådant att den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården⁵. Bedömningen att en patient är utskrivningsklar är en professionell bedömning som den behandlande läkaren ska göra utifrån sitt yrkesansvar, vetenskap och beprövad erfarenhet.

Hemgångsklar

En patient är hemgångsklar när samtliga kriterier nedan är uppfyllda.

- Behandlande läkare har bedömt att patienten är utskrivningsklar
- Patienten har fått en skriftlig sammanfattning av den vård och behandling som getts under vårdtiden samt, om information finns tillgänglig, även fått uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt och uppgifter om befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen
- Information för patientens fortsatta hälso- och sjukvård och socialtjänst finns, efter patientens medgivande, tillgänglig via länets gemensamma IT-system⁶ eller har överförts på annat sätt till de enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande. Vad denna information ska innehålla finns angivet i ViSam-modellen
- De hjälpmedel och den medicintekniska utrustning som Region Örebro län ansvarar för och som patienten har behov av finns tillgängliga för patienten i hemmet.
- Patienten har tillgång till aktuella läkemedel för att undvika behandlingsavbrott.

Enhet

I denna överenskommelse definieras enhet inom den slutna vården som vårdavdelning med vård överstigande ett dygn. Berörda parter i regionens öppenvård och kommuner måste definiera vilka enheter som är berörda och som ska vara informationsmottagare vid in- och utskrivning.

Hemmet

Med hemmet avses både ordinärt och särskilt boende.

⁴ Def enl Rikstermbanken

⁵ Socialstyrelsens termbank

⁶ Nationell Patientöversikt, Lifecare

4. Syfte och Mål

Syfte

- Att säkra den enskildes rätt till trygghet, delaktighet och inflytande när vård, omsorg och stöd planeras och genomförs
- Att genom tillitsfull samverkan åstadkomma en god vård på rätt vårdnivå, där ledtiderna är så korta som möjligt samt en säker utskrivning från slutenvård till fortsatt öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst

Mål

Överenskommelsen ska bidra till följande gemensamma målsättningar för parterna

- Genomsnittligt antal dagar i slutenvård efter utskrivningsklar ska inte överskrida tre kalenderdagar
- Antalet dagar för kommunalt betalningsansvar ska vara noll
- Oplanerade återinläggningar ska minska

5. Parternas ansvar

Alla parter har ansvar för att genomföra effektiva planeringsprocesser. Parterna ska tillhandahålla resurser, säkra kontaktvägar och informationsöverföring så att individen kan komma hem på ett tryggt sätt efter en slutenvårdsvistelse. Det är parternas gemensamma ansvar att avsätta tillräckliga resurser så att patienten får de insatser och hjälpmedel som behövs för att utskrivning från slutenvård kan ske på ett tryggt och effektivt sätt.

Det är alla parters ansvar att, efter kallelse, delta i samordnad individuell planering. Den samordnade individuella planen (SIP)⁷ får upprättas om patienten samtycker till det⁸. Arbetet ska organiseras så att SIP i huvudsak kan utföras i hemmet och inte på sjukhus. I särskilda fall kan samtliga parter initiera att en SIP genomförs under sjukhusvistelsen. Alla berörda parter har ansvar för att medverka i att en SIP upprättas och följs upp om det finns behov av fortsatta hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivning. Planering digitalt ska användas när så är lämpligt utifrån patientens behov.

Om insatser behövs från kommunens hälso- och sjukvård, ska även regionens öppenvård delta i den samordnade individuella planeringen. Vid endast insatser enligt SoL genomför de kommunala enheter som blir aktuella för insatser planering tillsammans med patienten och dennes närstående.

5.1 Kommunernas ansvar

Kommunerna ansvarar för att personer folkbokförda i aktuell kommun, eller där kommunen har beslutat om vistelse i en annan kommun, kan lämna sjukhuset när de bedöms som utskrivningsklara och är hemgångsklara samt att utskrivningsplanering har skett för nödvändiga insatser under den första tiden hemma utifrån patientens behov.

⁷ Samordnad individuell plan se HSL (16 kap 4 §) och SoL (2 kap. 7 §)

⁸ Om samtycke inte kan inhämtas, se 25 kap. 13 § offentlighets- och sekretesslagen

5.2 Regionens ansvar

Sluten vård

Om den behandlande läkaren, när en patient skrivs in i den slutna vården, bedömer att patienten kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, kommunens hälso- och sjukvård eller regionens öppenvård efter det att patienten har skrivits ut ska den slutna vården:

- Underrätta de berörda enheterna om denna bedömning genom ett inskrivningsmeddelande inom 24 timmar från inskrivning eller från det att behovet upptäckts. Inskrivningsmeddelandet ska innehålla personuppgifter och uppgift om beräknad tidpunkt för utskrivning.
- Även skicka inskrivningsmeddelandet till regionens öppenvård om insatser bedöms behövas från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården.
- Bedöma att patienten är utskrivningsklar och säkerställa att kriterierna för hemgångsklar är uppfyllda.

För att förebygga undvikbar återinläggning och säkerställa en trygg och säker övergång till regional och kommunal primärvård åligger det slutenvården vid utskrivning av patienter i gult eller rött spår enligt ViSam-modellen att:

- Upprätta en medicinsk behandlingsplan (vårdplan) om det förändrade behovet och åtgärder som sträcker sig sju dagar framåt eller tills en ny behandlingsplan upprättas.
- Innehållet i medicinsk behandlingsplan ska finnas i slutanteckningar från sjuksköterska eller läkare så att informationen är tillgänglig via NPÖ. Finns det behov av rehabiliteringsinsatser och insatser från mobila team ska dessa inkluderas i behandlingsplanen.
- Informationen ska finnas tillgänglig för nästa vårdgivare senast utskrivningsdagen.

Öppen vård

Verksamhetschef inom regionens öppenvård ska utse fast vårdkontakt senast tre dagar efter att inskrivningsmeddelandet mottagits. I normalfallet utses fast vårdkontakt för patienter inom somatisk vård i primärvården och i de fallen fortsatt psykiatrisk specialistvård krävs i den psykiatriska öppenvården. Fast vårdkontakt ska ha utsetts innan personen skrivs ut från den slutna vården. Om patienten redan har en fast vårdkontakt får denne fortsätta. Den utsedda fasta vårdkontakten ska skyndsamt, och helst inom tre dagar, efter att en underrättelse mottagits om att patienten är utskrivningsklar kalla till samordnad individuell planering.

Regionens läkare har det yttersta medicinska ansvaret för den fortsatta hälso- och sjukvården i kommunal regi.

6. Processen kring trygg och effektiv utskrivning

Parterna är överens om att en god utskrivningskvalitet minskar undvikbara återinskrivningar i slutna vård. Genom god och säker läkemedelsbehandling och bedömning av hälsotillståndet hos individer i hemmet enligt systematisk bedömningsstruktur kan inskrivning i slutna vård undvikas. Parterna ska arbeta strukturerat med det vårdpreventiva arbetet. Samarbetet i processen kring trygg och effektiv utskrivning regleras i ViSam-modellen samt länsgemensamma riktlinjer för att säkra och ge utrymme för en i högre grad individualiserad planeringsprocess för särskilt utsatta individer.

7. Särskilda målgrupper

För några målgrupper finns särskilda rutiner eller överenskommelser som behöver beaktas även om dessa i grunden omfattas av lagen om samverkan vid utskrivning och denna överenskommelse.

7.1 Palliativ vård

Palliativ vård bygger på ett palliativt förhållningssätt som kännetecknas av en helhetssyn på människan samt en strävan att stödja individen att leva med värdighet och största möjliga välbefinnande till livets slut.

För länet finns en länsövergripande överenskommelse om palliativ vård.

7.2 Barn och unga

I Patientlagen och i Socialtjänstlagen anges att när hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas och vid beslut eller andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn ska vad som är bäst för barnet vara avgörande. Detta gäller även när den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård tillämpas.

Utskrivningsprocessen för barn och unga finns beskriven i bilaga till detta dokument. Särskilda rutiner för utskrivning av barn och unga finns även beskrivna på ViSam-sidan.

7.3 Psykiatri

Behov hos patienter inom psykiatrisk verksamhet ska särskilt beaktas. För patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård, ska planeringen 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. Lag (2019:979).

Särskilda rutiner för utskrivning av patienter från psykiatrisk vård finns beskrivna på ViSam-sidan.

8. Ekonomisk reglering

Den ekonomiska regleringen ska stödja lagens intention att minska antalet dagar som patienter vårdas som utskrivningsklara på sjukhus och bygga på ömsesidig tillit mellan parterna.

Kommunens betalningsansvar inträder när:

1. Den slutna vården har skickat ett inskrivningsmeddelande
2. Den slutna vården har underrättat berörda enheter i kommunen om att patienten är utskrivningsklar
3. Den slutna vården har säkerställt att patienten är hemgångsklar
4. Regionens öppenvård har utsett en fast vårdkontakt

Om patienten endast bedöms ha behov av insatser från socialtjänsten behöver punkt 4 ovan inte vara uppfylld eftersom regionens öppenvård inte är någon part.

Kommunens betalningsansvar beräknas på utskrivningsklara dagar efter det att den slutna vården har meddelat kommunen att patienten är utskrivningsklar. Betalningsansvaret inträder om det

genomsnittliga antalet dagar i slutna vård efter utskrivningsklar överskrider tre kalenderdagar⁹ under en månad.

Överskrider detta medelvärde utgår betalningsansvar retroaktivt på individnivå för alla patienter som vårdats mer än tre kalenderdagar som utskrivningsklar. Medelvärde för somatisk och psykiatrisk vård hanteras separat. Beloppet ska räknas upp årligen med hänsyn till prisutvecklingen på vård dygn i riket¹⁰. Den ekonomiska regleringen hanteras kommunvis.

Meddelar slutenvården att patienten är utskrivningsklar efter kl. 12.00 räknas denna dag bort. För patienter som får ett s.k. rött spår enligt ViSam-modellen ska hemgång inplaneras under vardagar. Samtliga patienter inom målgruppen oavsett spår ingår i underlaget för ekonomisk reglering. Utskrivningsprocessen för de olika spåren förtydligas i ViSam.

I de fall man är oense löses det i första hand av närmast ansvariga chefer. Om problemet inte kan lösas där lyfts frågan till högre chefsled inom berörda organisationer.

För länet finns en detaljerad beskrivning av hur den ekonomiska regleringen fungerar och hur oenigheter ska hanteras i överenskommelsen ”Modell för betalningsansvar i Örebro län”.

9. Uppföljning, utvärdering och revideringar i överenskommelsen

Uppföljning av överenskommelsen ska följa särskild plan. Ändring av och tillägg till denna överenskommelse ska, för att vara bindande, vara skriftliga samt undertecknade av parterna och i förekommande fall godkända av parternas beslutande organ.

Beslut om ändringar av mindre betydelse och som inte påverkar överenskommelsens huvudsakliga innehåll, exempelvis språkliga ändringar, anpassning till förändringar i lagtext eller nationella riktlinjer, kan initieras och godkännas av Chefgruppen för social välfärd och vård. Dessa ändringar ska dokumenteras och biläggas överenskommelsen.

10. Överenskommelsens ikraftträdande och upphörande

Denna överenskommelse gäller från 2018-01-01 och tills vidare. Part får säga upp avtalet. Innan sådan uppsägelse sker, ska part som vill säga upp avtalet anmäla frågan om uppsägning för samråd i det regionala samverkansrådet, eller dess framtida motsvarighet.

Denna överenskommelse har upprättats i 13 likalydande exemplar och utväxlats mellan parterna.

⁹ Beräknas enligt följande: Totala antalet dagar i slutna vård efter utskrivningsklar divideras med totalt antal utskrivningsklara vårdtillfällen.

¹⁰ Fastställs årligen i Socialstyrelsens föreskrifter om belopp för vård av utskrivningsklara patienter.



Bilagor

1. Modell för betalningsansvar i Örebro län
2. Utskrivningsprocessen barn och ungdom