

**TILLSAMMANS  
FÖR GOD HÄLSA  
HELA LIVET**

## Samarbete vid utskrivning från sluten vård

Avser region- och kommunfinansierad hälso- och sjukvård i Jämtland Härjedalen

<b>Framtagen (forum och datum)</b>	<i>Fredagsgruppens beredningsgrupp 2025-11-21</i>
<b>Beslutad (forum och datum)</b>	<i>Fredagsgruppen 2025-11-28</i>
<b>Giltighetstid</b>	<i>Från och med 2026-01-01</i>



## Ändringsförteckning

Datum	Ändring
251128	Nytt dokument

## Om utskrivning från slutenvård

*Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård*<sup>1</sup> ska bidra till en god hälso- och sjukvård och en socialtjänst av god kvalitet för personer som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänst, kommunfinansierad hälso- och sjukvård eller regionfinansierad öppen vård. Personer som efter utskrivning inte har något behov eller endast behov av enklare eller enstaka vårdbesök omfattas inte av lagen om samverkan.

## Gemensam målsättning

Målet är att alla ska få möjlighet att komma hem från sjukhuset samma dag som de är utskrivningsklara. Gemensamt beslutade dokument gäller i hela länet och publiceras på Vårdgivarwebben, [www.regionjh.se/samverkan](http://www.regionjh.se/samverkan). Principerna från *Gemensam plan för primärvårdsnivå* är vägledande:

- Vad är viktigt för invånaren?
- Vi gör det tillsammans.
- Vi tar ansvar för eget arbete, återkopplar till steget före och underlättar för steget efter.

Observera att från 2026-01-01 gäller lagen och arbetssätten oberoende av veckodag

---

<sup>1</sup> Lag 2017:612

## Planerad slutenvård

Inför planerad slutenvård ska personen förbereda sin hemgång med hjälp av information som regionen lämnat. Informationen ska beskriva vad som behöver förberedas och vilka kontakter som kan vara bra att ta, till exempel med regionens eller kommunens primärvård eller socialtjänsten.

Om sjukvården ser framtida behov av hjälp öppnas ett samordningsärende i Link. Ett generellt meddelande skickas med information om planerad vård och troliga behov vid utskrivning. Vid framtida behov av praktisk hjälp ska kommunen eller hälsocentralen tillsammans med personen förbereda till exempel hjälpmedel, egenvårdsintyg, SIP-möte eller kontakt med biståndshandläggare.

## Planeringsprocessen

Ta ställning till om personen är aktuell för kommunens hälso- och sjukvård så tidigt som möjligt, utifrån *Överenskommelse hälso- och sjukvård i ordinärt boende*. Socialtjänst, kommunens hälso- och sjukvård och regionens öppenvård ska aktivt planera för framtida situationer med fokus på helheten så att trygghet och självständighet kan bibehållas, och oplanerade återinskrivningar undvikas.



Personens behov av samordning före och efter utskrivning styr aktiviteterna i utskrivningsprocessen. Om hälsotillståndet förändras under vårdtiden förändras också planeringen och samordningen av de insatser som behövs. Personens tillstånd enligt Clinical Frailty Scale (CFS) behöver bedömas och kommuniceras löpande, enligt *Överenskommelse hälso- och sjukvård i ordinärt boende*.

GRÖN	GUL	RÖD
Oförändrade insatser från en eller flera huvudmän	Nya eller förändrade insatser från en eller flera huvudmän	Komplexa eller omfattande insatser från en eller flera huvudmän



*Inskrivningsmeddelandet gör att andra enheter kan påbörja sin planering. En fast vårdkontakt med samordningsansvar ger trygghet och kontinuitet.*

## DEN SLUTNA VÅRDEN

Skicka inskrivningsmeddelande om personen vid tillfället bedöms behöva insatser från socialtjänst eller hälso- och sjukvård efter utskrivning, inom 24 timmar från att bedömning gjorts. Meddelandet ska innehålla obligatoriska uppgifter samt inskrivningsorsak om samtycke finns. Informera personen och påbörja en utskrivningsplanering.

## DEN ÖPPNA VÅRDEN (HC/MOTTAGNING)

Besvara inskrivningsmeddelandet och informera om aktuellt status, socialt nätverk, eventuella insatser och eventuella hjälpmedel, även inkontinenshjälpmedel. Samverka med slutenvården om insatser som kan utföras under vårdtiden på sjukhuset. Utse fast(a) vårdkontakt(er) och registrera dennes/dessas kontaktuppgifter

## SOCIALTJÄNSTEN/KOMMUNENS HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Besvara inskrivningsmeddelandet och informera om aktuellt status, socialt nätverk, eventuella insatser och eventuella hjälpmedel, även inkontinenshjälpmedel. Samverka med slutenvården om insatser som kan utföras under vårdtiden på sjukhuset. Anslut och/eller uppdatera enheter i anslutningsöversikten och aktörer i samordningsärendet.



*Utskrivningsplaneringen påbörjas tidigt och omfattar insatser fram till dess att en SIP kan genomföras. Den fasta vårdkontakten på HC/öppenvård kallar till SIP-mötet.*

## DEN SLUTNA VÅRDEN ● ● ●

Bedöm vilket färgspår personen tillhör och uppdatera utskrivningsplaneringen, inklusive beräknad utskrivningsdag och ADL-status. Bedöm hjälpmedelsbehov och kontakta primärvårdsnivån för förtroendeförskrivning. Bedöm vårdgivaransvar på primärvårdsnivå utifrån CFS och övriga kriterier i *Överenskommelse Hälsa- och sjukvård ordinärt boende*. Bedöm behov av SIP, ta ställning till egenvård och beskriv HSL-ordinationer. Håll personen och andra aktörer informerade. Kom överens om medicinskt ansvar efter utskrivning (avdelning, mottagning, HC).

- För personer med komplexa behov (röd) bör SIP ske under vårdtiden. Då deltar den slutna vården. ●

## DEN ÖPPNA VÅRDEN (HC/MOTTAGNING) ● ● ●

Planera mottagande, uppdatera utskrivningsplanen och kommunicera via Link. Kom överens om medicinskt ansvar efter utskrivning (avdelning, mottagning, HC). Utse en fast vårdkontakt som kallar till SIP senast tre dagar efter utskrivningsklar.

- För personer med oförändrade behov (grön): kalla de som har behov av SIP eller behöver en uppdaterad SIP. Mötet sker efter utskrivning från sjukhus. ●
- För personer med nya/ändrade behov (gul): kalla de som har behov av SIP eller behöver en uppdaterad SIP. Mötet sker efter utskrivning från sjukhus. ●
- För personer med komplexa behov (röd) bör SIP och/eller planering ske på sjukhuset alt digitalt när det är möjligt. ●

## SOCIALTJÄNSTEN/KOMMUNENS HÄLSO- OCH SJUKVÅRD ● ● ●

Planera mottagande, uppdatera utskrivningsplanen och kommunicera via Link.

- För personer med komplexa behov (röd) bör SIP hållas på sjukhuset alternativt digitalt när det är möjligt. Då deltar berörda professioner. ●



Meddelande om utskrivningsklar är en signal att verkställa planerade insatser.

### DEN SLUTNA VÅRDEN



Stäm av checklisten i Link avseende tillgång till nödvändiga hjälpmedel<sup>2</sup>, läkemedel, sondmat, inkontinenshjälpmedel och medicinteknisk utrustning. Vid nya behov ska sjukhuset säkerställa tillgång tills dess primärvårdsnivån har praktisk möjlighet att överta ansvaret utifrån situation och geografi<sup>3</sup>. Skicka meddelande om utskrivningsklar. Lämna utskrivningsplan, eventuellt egenvårdsintyg och läkemedelslista till personen. Kom överens med berörda om när personen återgår till hemmet (kan ske dygnet runt veckans alla dagar). Gör epikris och läkemedelslista tillgänglig i journalen. Informera personen på ett anpassat sätt.

### DEN ÖPPNA VÅRDEN (HC/MOTTAGNING)



Följ utskrivningsplaneringen och överenskommelsen om fortsatt medicinskt ansvar (avdelning, mottagning, HC). Informera personen om vilka insatser den öppna vården kommer att ansvara för.

### SOCIALTJÄNST/KOMMUNENS HÄLSO- OCH SJUKVÅRD



Följ utskrivningsplaneringen och kom överens med den slutna vården om lämplig tid när personen återgår till hemmet (kan ske dygnet runt veckans alla dagar). Informera personen om vilka insatser kommunen kommer att ansvara för via utskrivningsplanen.

<sup>2</sup> Hyreshjälpmedel som behövs för att personen ska kunna förflytta sig och utföra toalettbesök. Förtroendeförskrivning ska tillämpas: för dialog om lämpligt kundnummer via Link. Informera om ev behov av hemvårdssäng och/eller tryckavlastande madrasser tidigt, så att primärvårdsnivån hinner förskriva detta.

<sup>3</sup> Exempel för läkemedel: allt från att personen direkt får hjälp att hämta ut sina läkemedel på sjukhusapoteket inför hemgång, till att behovet behöver säkerställas för flera dagar om personen bor i extrem glesbygd och behöver invänta leveranser/annat. Samma personcentrerade anpassning bör ske för inkontinens, nutrition och övriga hjälpmedel.



*Upprätta eller uppdatera en SIP tillsammans med personen, för att hålla samman och skapa en helhet. När uppföljning visar att målen uppfyllts kan SIP avslutas.*

## DEN SLUTNA VÅRDEN



Skriv ut personen i Cosmic snarast när personen lämnat avdelningen så att läkemedelslistan blir synlig för övriga. Kom ihåg att skicka hem medtagna skor, eventuella tandproteser och hörsel- och synhjälpmedel samt övriga förskrivna hjälpmedel, läkemedel samt sondmat.

## DEN ÖPPNA VÅRDEN



Påbörja arbetet med SIP utan dröjsmål. Fast vårdkontakt eller utsedd huvudansvarig upprättar/uppdaterar SIP.

Den fasta vårdkontakten kallar till ev uppföljning av SIP.



## SOCIALTJÄNST/KOMMUNENS HÄLSO- OCH SJUKVÅRD



Delta vid SIP, digitalt eller fysiskt

Delta vid uppföljning om så beslutats i SIP



## Informationsöverföring under processen

### Arbete i Link

Enheter kommunicerar och delar information via Link. Utskrivningsprocessen, inklusive bevakning av Link, ska följas dagligen av samtliga vårdgivare. Se *Handbok för Link*.

### Samtycke

Personen avgör om hen vill ta emot/ansöka om insatser från hälso- och sjukvården<sup>4</sup> och socialtjänsten. Samtycke behövs ofta för informationsutbyte. Namn, personnummer, folkbokföringsadress och beräknad tidpunkt för utskrivning får skickas utan samtycke.

### Utskrivningsplanering – på kortare sikt

Planeringen görs tillsammans med personen och dokumenteras sedan i Link av respektive yrkesgrupp och vårdgivare. Vid behov och samtycke kan närstående involveras. Planen skrivs ut till personen och ska ge information om de närmsta dagarna efter utskrivning.

### Samordnad individuell plan – på längre sikt

När personen behöver insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård kompletteras utskrivningsplaneringen med en SIP under sjukhusvistelsen eller senare. Vid psykiatrisk tvångsvård<sup>5</sup> eller rättspsykiatrisk vård<sup>6</sup> görs en samordnad vårdplan.

### Tid för hemgång

Socialtjänst och kommunens hälso- och sjukvård ska skyndsamt meddela att tid för hemgång uppfattats, för att undvika att personen blir kvar på sjukhus längre än nödvändigt eller kommer hem utan stöd. Det generella meddelandet "Hemgång" används för praktisk information ex tider för sjukresa.

---

<sup>4</sup> Gäller inte tvångsvård

<sup>5</sup> Lag 1991:1128

<sup>6</sup> Lag 1991:1129

## Fallbeskrivningar



Pontus är 27 år och har opererats för blindtarmsinflammation. Han behöver endast borttagning av stygn efter utskrivning

- Omfattas inte av lagen om samverkan
- Inget inskrivningsmeddelande ska skickas
- Fast vårdkontakt utses inte
- Inget krav att erbjuda SIP



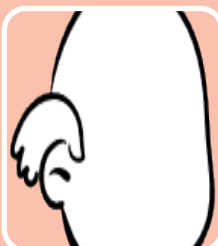
Mikael är 65 år och har vårdats för lunginflammation. Efter utskrivning behöver han samma insatser som tidigare från hemtjänsten och primärvården

- Inskrivningsmeddelande skickas inom 24 h från inskrivning eller bedömning att Mikael är i behov av insatser efter utskrivning
- Regionens öppna vård utser en fast vårdkontakt
- Den fasta vårdkontakten ser att Mikael har en aktuell SIP. Ingen ny kallelse skickas därför.
- Berörda planerar en säker hemgång och återupptar sina insatser



Anna är 81 år och har tidigare haft hemtjänst. Efter en höftledsfraktur har hon även behov av hälso- och sjukvård i hemmet

- Inskrivningsmeddelande skickas inom 24 h från inskrivning eller bedömning att Anna är i behov av insatser efter utskrivning
- Regionens öppna vård utser en fast vårdkontakt
- Den fasta vårdkontakten kallar till SIP
- Socialtjänsten, kommunens hälso- och sjukvård och regionens öppna vård planerar så att insatser genomförs efter utskrivning, fram tills dess att SIP:en kan genomföras
- SIP upprättas efter utskrivning

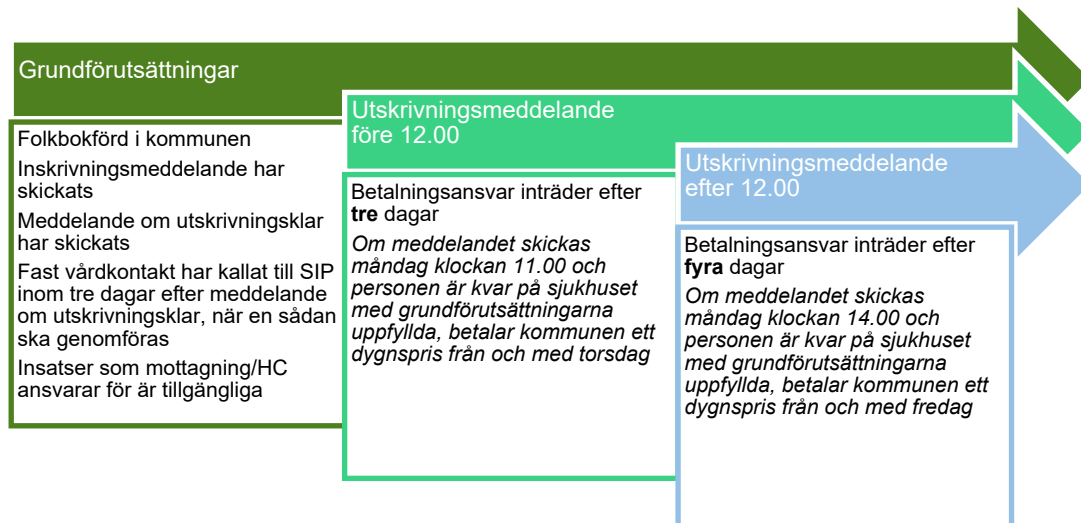


Olle är 45 år och har efter en stroke behov av hemtjänst, rehabilitering samt hälso- och sjukvård i hemmet

- Inskrivningsmeddelande inom 24 h från inskrivning eller bedömning att Olle är i behov av insatser efter utskrivning
- Regionens öppna vård utser en fast vårdkontakt.
- Den fasta vårdkontakten bedömer att Olle har komplexa behov och kallar därför till en inledande SIP på sjukhus innan utskrivning.
- Planeringen innefattar utbildning av mottagande personal i vård och användning av medicinteknisk utrustning.
- Olle erbjuds en uppföljande SIP som genomförs utanför sjukhus efter utskrivning

## Betalningsansvar

Kommunens betalningsansvar bygger på vissa grundförutsättningar. Betalningsansvaret inträder tredje eller fjärde dagen, beroende på när utskrivningsmeddelandet skickas.



Betalningsansvarsmodellen gäller såväl somatisk som psykiatrisk vård.

När betalningsansvaret har inträtt gäller ersättningsnivån för samtliga efterföljande kalenderdagar enligt Socialstyrelsens föreskrifter om belopp för vård av utskrivningsklara patienter. Beloppet redovisas årligen i länsövergripande samverkansarena.

Betalningsansvaret kontrolleras av ansvarig för IT-stödet Link. Resultatet stäms av med respektive kommun och informeras om i länsövergripande samverkansarena.