REGION DALARNA

RIKTLINJER –

FÖR ALL SAMVERKAN VID IN- OCH UTSKRIVNING AV PATIENTER I SLUTENVÅRDEN I DALARNAS LÄN

Informationsöverföring och upprättande av samordnad individuell plan (SIP)

Dokumenttyp: Länsgemensam överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutenvården	**Dokumentnamn:** Riktlinjer för samverkan vid in och utskrivning av patienter i slutenvården i Dalarnas län
Giltigt från och med: 2018-09-01	**Giltigt till och med:** 2019-12-31
Ansvarig för revidering: Arbetsgruppen SUS och Länsnätverket förvaltningschefer	**Antagen av och datum:** 2018-08-31 Länsnätverket förvaltningschefer inom hälsa och välfärd
Version: Version 2	**Godkänd av:** Länsnätverket förvaltningschefer inom hälsa och välfärd, Vice ordförande Elisabet Franson
Dokumenthistorik: Version 1	**Diarienummer:** RD 2017/80

Innehåll

Inledning 3
Arbetssätt 4
Grön process 7
Gul process 11
Röd process 14

Inledning

Utgångspunkt för riktlinjerna är den länsgemensamma överenskommelsen mellan landstinget och kommunerna i Dalarna.

Riktlinjer avser stödja en trygg och effektiv utskrivning för patienter som vid utskrivning från den slutna vården bedöms ha behov av hälso- och sjukvård och/eller vård- och omsorgsinsatser från kommunen och/eller landstingets öppna vård och gäller patienter som har eller kan komma att behöva insatser från någon eller några av nedanstående:

- kommunens socialtjänst
- kommunens hälso- och sjukvård
- landstingsfinansierad öppenvård

Målsättningen är att den enskilde ska garanteras en trygg och säker vård genom hela vårdkedjan. Ingen ska behöva vänta på att få komma hem från sjukhuset.

Den enskildes livskvalitet står i centrum för överenskommelsens parter.

- Vård och omsorg utgår från den enskildes behov och situation
- Patientens och närståendes resurser tas tillvara genom en god dialog

Huvudmännen är varandras förutsättningar för att åstadkomma goda insatser ur ett helhetsperspektiv för den enskilde.

Förhållningssätt:

- Positiv samspelskultur råder
- Tillit till varandra präglar möten och andra kontakter på alla nivåer
- Förtroende finns för varandras kompetens
- Insatser som annan huvudman ansvarar för utlovas inte
- Lojalitet mot fattade beslut och gällande rutiner är en självklarhet
- Vi tar personligt ansvar både för vår del och för helheten så att patienten får vård och omsorg utan avbrott i ansvarskedjan
- Vi underlättar för mottagaren genom att i god tid överlämna information – ”Rätt från mig blir lätt för dig”

En trygg och säker utskrivning från sluten vård ska bygga på delaktighet och samtycke från patienten och klargöra det samlade behovet av insatser samt vilken enhet som är ansvarig för respektive insats. Den enskildes inflytande samt en tydlig målsättning och ansvarsfördelning utgör förutsättningar för att genomförandet ska fungera och ge önskat resultat. Personalen ska särskilt beakta anhörigas delaktighet, utifrån samtycke från patienten.

Information om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst ska överföras mellan berörda enheter inom den slutna vården och den öppna vården samt socialtjänsten. Förutsättning är att det inte finns hinder för detta enligt Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), Patientsäkerhetslagen (2010:659) och Socialstyrelsens föreskrift 2009:6 Bedömningen om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård samt samverkansrutiner för hantering av egenvård i Dalarna.

Utskrivningen ska göras effektivt och med bibehållen patientsäkerhet. Det som är enkelt ska göras enkelt och det som är mer komplicerat förtjänar mer tid och noggrannhet. För att underlätta bedömningen av hur utskrivningen ska göras beskrivs processen i tre olika steg beroende på komplexitet, grön, gul och röd utskrivningsprocess.

Den landstingsfinansierade öppenvården har mandat att utse fast vårdkontakt utifrån patientens behov enligt riktlinjer, art och grad.

Den fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppenvården har samordningsansvaret för patienten även under slutenvårdstillfället.

En egenvårdsbedömning ska vid behov göras innan patient lämnar slutenvården. Hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården bedömt att en person själv kan utföra eller utför med hjälp av någon annan benämns egenvård[1].

Arbetssätt

För att underlätta bedömningen av hur utskrivningen skall göras beskrivs processen i tre olika steg beroende på komplexitet, grön, gul och röd utskrivningsprocess.

Gemensamt för alla tre processerna är att:

- Slutenvården skickar inskrivningsmeddelande inom 24 timmar eller så snart behov uppmärksammats till den landstingsfinansierade öppna vården och kommunen.
- Den landstingsfinansierade öppna vården utser fast vårdkontakt inom 24 timmar eller senast nästkommande vardag.
- Kommunen utser huvudhandläggare inom 24 timmar eller senast nästkommande vardag.
- I löpande dialog tillsammans med patient och berörda parter beslutas vilken utskrivningsprocess patienten tillhör.

Oavsett process ska patienten vanligtvis få gå hem samma dag som den är utskrivningsklar och hemgångsklar.

Samordnad individuell plan (SIP) - Vård- och omsorgsplan som beskriver en persons insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. SIP avser att skapa en helhetsbild över insatser och ansvarsfördelning. Huvudmännen har ansvar för att kalla till och delta i SIP enligt gällande lagstiftning.

Fast vårdkontakt - En fast vårdkontakt i den öppna vården ska bl.a. utses vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Den fasta vårdkontakten bör kunna bistå patienter i att samordna vårdens insatser (kalla till SIP i gul och röd process), informera om vårdsituationen, förmedla kontakter och vara patientens kontaktperson i frågor som rör hälso- och sjukvård.
Vem som är fast vårdkontakt kan variera beroende på personens behov. Det går också att byta fast vårdkontakt vid behov.

Ansvarig handläggare – Huvudhandläggare från kommunen har motsvarande funktion som fast vårdkontakt i öppna vården, förutom vad gäller kallelse till SIP vid utskrivning från slutenvården. Alltså primärt en kontaktperson med ett samverkansansvar för patienten samt med viss sammanhållande funktion kring patienten. Vem som utses till huvudhandläggare bör utgå från patientens behov.

Dokumentation - Samordnad individuell plan (SIP) är en journalhandling. Varje enskild part ansvarar för sin egen journalföring.

SBAR (Situation, bakgrund, aktuellt, rekommendation) - Fastställd struktur för hur kommunikationen och informationsöverföringen ska gå till.

[1] Regleras i hälso och sjukvårdslagen samt i Länsövergripande riktlinjer för samverkan med egenvård och hälso- och sjukvård.

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 vården.

Utskrivningsdatum – Ett preliminärt utskrivningsdatum ska anges i inskrivningsmeddelandet. Det är viktigt att förändringar när det gäller utskrivningsdatum kommuniceras så snart som möjligt och i god tid för att utskrivningsprocessen ska fungera så bra som möjligt.

Hemmet – Med hemmet avses både ordinärt boende och boenden i kommunens särskilda boenden

Hemgångsklar betyder att patienten är utskrivningsklar samt nedanstående kriterier är uppfyllda.

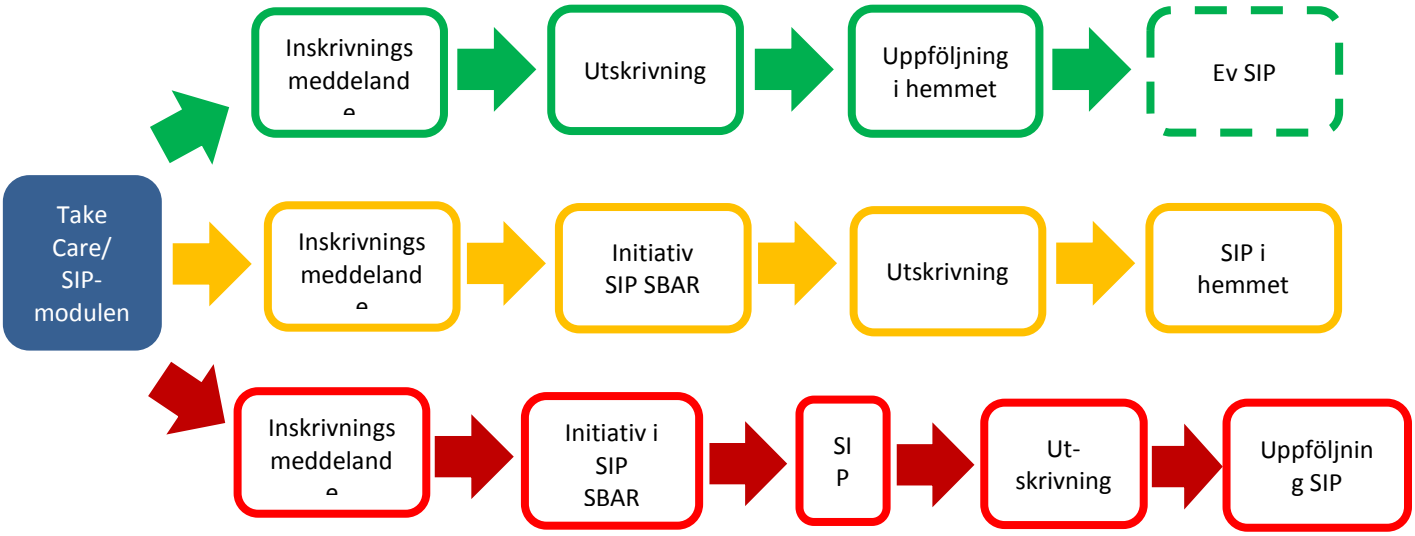
Patienten har fått skriftlig information innehållande: (Ur ett patientperspektiv)

1. Vad är viktigt för mig innan jag är klar för hemgång
2. Vad har hänt under vårdtiden
3. Vad händer härnäst
4. Om jag har några frågor eller om något inte fungerar - vart vänder jag mig
5. Säkerställa obruten läkemedels samt rehabkedja inklusive hjälpmedel

Proaktivt arbetssätt

Proaktivt arbetssätt innebär att aktivt förutse framtida situationer med fokus på att förebygga ohälsa hos individen. Genom att arbeta proaktivt strävar aktörerna efter att vård och omsorg i första hand erbjuds och utformas så att onödiga sjukhusvistelser undviks.

Patienten ska vara delaktig så att vård- och omsorgsinsatserna från kommunen och landstinget kan utformas och samordnas på ett trygghetsskapande sätt. Anhöriga är ofta en viktig resurs och, med individens samtycke, ska även anhöriga erbjudas delaktighet i utformning och samordning av vård- och omsorgsinsatser i hemmet.



Gå gärna in på frågor och svar på Region Dalarnas hemsida, under ”Samverkan vid utskrivning”.

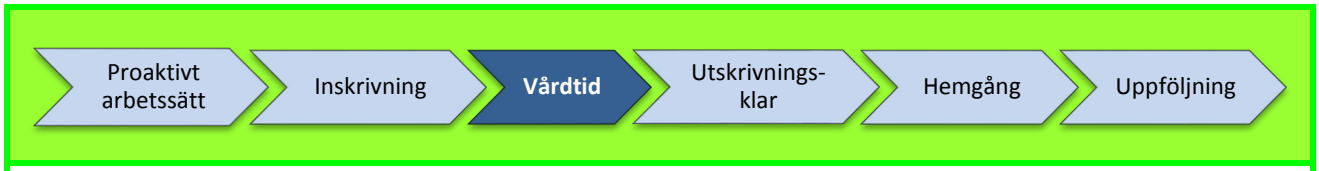
http://www.regiondalarna.se/verksamhet/halsa-och-valfard/samverkan-vid-utskrivning-fran-sluten-halso-och-sjukvard/fragor-och-svar-om-sus/

Grön process

Målgrupp

- Patient som är känd i kommunen och som går hem från sjukhuset med samma eller likartade insatser oavsett lagrum, som innan sjukhusvistelsen.
- Patient som inte är känd i kommunen och som har mindre nytillkomna insatser t ex larm, enklare medicinska åtgärder och som inte behöver startas upp samma dag som hemgång.
- Patienter med flera besök på akuten eller vårdtillfällen inom slutenvård under senaste tremånadersperioden ska planeras oavsett vilka behov av vård- och omsorgsinsatser som behövs efter sjukhusvistelsen. Det innebär att inskrivningsmeddelande skickas i SIP-modulen, efter samtycke från individen, till den öppna vården för samordning av insatserna så att individen inte i onödan ska behöva uppsöka sjukhus för att vården och omsorgen ska upplevas trygg.

Ansvar för slutenvården	**Ansvar för landstingets öppenvård**	**Ansvar för kommunens hälso- och sjukvård**	**Ansvar för kommunens socialtjänst**
Om patienten bedöms ha behov av vård- och/eller omsorg från kommunen efter utskrivning inhämtas samtycke från patienten för informationsöverföring och samordning mellan kommun och landsting.			
Inskrivningsmeddelande skickas inom 24 timmar eller så snart behov uppmärksammats av vård- och/eller omsorg från kommunen efter utskrivning.			
Inskrivningsmeddelandet ska innehålla personuppgifter, uppgift om beräknad utskrivningsdag och, efter samtycke, även preliminär diagnos.	Efter mottagande av inskrivningsmeddelande informera om aktuella insatser och utbyta information med berörda parter.	Efter mottagande av inskrivningsmeddelande informera om aktuella insatser och utbyta information med berörda parter.	Efter mottagande av inskrivningsmeddelande informera om aktuella insatser och utbyta information med berörda parter.
Planera för utskrivning och hemgångsklar i samarbete med berörda parter.	Planera för utskrivning och hemgångsklar i samarbete med berörda parter.	Planera för utskrivning och hemgångsklar i samarbete med berörda parter.	Planera för utskrivning och hemgångsklar i samarbete med berörda parter.



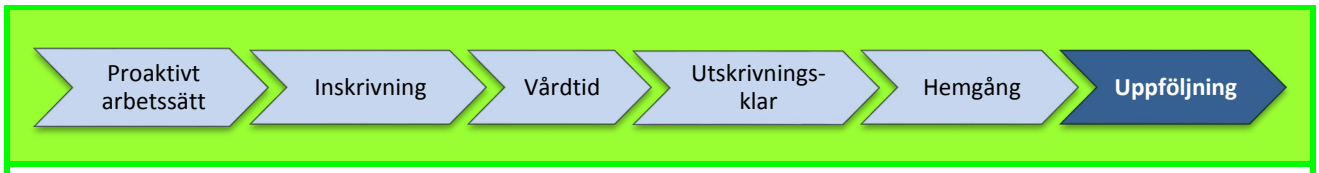
Ansvar för slutenvården	**Ansvar för landstingets öppenvård**	**Ansvar för kommunens hälso- och sjukvård**	**Ansvar för kommunens socialtjänst**
	Fast vårdkontakt utses om behov finns inom 24 timmar från mottagande av inskrivningsmeddelande eller senast nästkommande vardag.	Huvudhandläggare utses om behov finns inom 24 timmar från mottagande av inskrivningsmeddelande eller senast nästkommande vardag.	Huvudhandläggare utses om behov finns inom 24 timmar från mottagande av inskrivningsmeddelande eller senast nästkommande vardag.
Beskrivning av status och behov av fortsatta vård- och omsorgsinsatser beskrivs i SIP-modulen. Ange ”Grön process”.	Beskriver planerade insatser inför utskrivning. Dokumenterar under fliken SIP.	Beskriver planerade insatser inför utskrivning. Dokumenterar under fliken SIP.	Beskriver planerade insatser inför utskrivning. Dokumenterar under fliken SIP.
Fortsatt informationsutbyte.	Fortsatt informationsutbyte.	Fortsatt informationsutbyte.	Fortsatt informationsutbyte.
Fortsatt planering för utskrivning och hemgångsklar tillsammans med berörda.	Fortsatt planering inför övertagandet av medicinskt ansvar och för mottagande i hemmet tillsammans med berörda.	Fortsatt planering för mottagande i hemmet tillsammans med berörda.	Fortsatt planering för mottagande i hemmet tillsammans med berörda.

Proaktivt arbetssätt → Inskrivning → Vårdtid → **Utskrivnings-klar** → Hemgång → Uppföljning

Ansvar för slutenvården	**Ansvar för landstingets öppenvård**	**Ansvar för kommunens hälso- och sjukvård**	**Ansvar för kommunens socialtjänst**
Utskrivningsmeddelande skrivs i SIP-modulen. Remiss skrivs till landstingets öppenvård vid behov av fortsatta hälso- och sjukvårdsinsatser enligt LD remissrutiner. Egenvårdsbedömning är utförd. *(se bilaga Bedömningsstöd)* http://www.regiondalarna.se/verksamhet/halsa-och-valfard/samverkan-vid-utskrivning-fran-sluten-halso-och-sjukvard/		Planera för eventuella insatser.	Planera för eventuella insatser.
Säkerställa att patienten är hemgångsklar tillsammans med berörda.	Säkerställa att patienten är hemgångsklar tillsammans med berörda.	Säkerställa att patienten är hemgångsklar tillsammans med berörda.	Säkerställa att patienten är hemgångsklar tillsammans med berörda.
Säkerställa samordning för mottagandet i hemmet	Säkerställa samordning för mottagandet hemmet	Säkerställa samordning för mottagandet i hemmet	Säkerställa samordning för mottagandet i hemmet

Proaktivt arbetssätt → Inskrivning → Vårdtid → Utskrivnings-klar → **Hemgång** → Uppföljning

Ansvar för slutenvården	**Ansvar för landstingets öppenvård**	**Ansvar för kommunens hälso- och sjukvård**	**Ansvar för kommunens socialtjänst**
Utskrivningsmeddelande i SIP-modulen innehållande uppgifter om vart patienten skrivits ut till och datum för utskrivning.	Medicinskt ansvar övertas.	Tidigare insatser ska kunna återinsättas samma dag som hemgång.	Tidigare insatser ska kunna återinsättas samma dag som hemgång.
Uppdaterad läkemedelslista, överrapporteringar, hjälpmedel m.m. överförs till mottagande enhet enligt överenskommelse.			



Ansvar för slutenvården	Ansvar för landstingets öppenvård	Ansvar för kommunens hälso- och sjukvård	Ansvar för kommunens socialtjänst
	Uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser. Avsluta SIP-modulen i Take Care.	Uppföljning av överrapporterade hälso- och sjukvårdsinsatser.	Vid behov kontaktar biståndshandläggare patienten för bedömning av SoL-insatser.
	Kalla till SIP om behov av samordning uppmärksammas.	Kalla till SIP i om behov av samordning uppmärksammas.	Kalla till SIP om behov av samordning uppmärksammas.

Gul process

Målgrupp

- Patient som är känd i kommunen och som går hem från sjukhuset med utökade insatser i förhållande till innan sjukhusvistelsen (SoL och HSL) som ska kunna startas upp samma dag som hemgång.
- Patient som inte är känd i kommunen och som får insatser som behöver kunna startas upp samma dag som hemgång.
- Patienter med flera besök på akuten eller vårdtillfällen inom slutenvård under senaste tremånadersperioden ska planeras oavsett vilka behov av vård- och omsorgsinsatser som behövs efter sjukhusvistelsen. Det innebär att inskrivningsmeddelande skickas i SIP modulen, efter samtycke från individen, till den öppna vården för samordning av insatserna så att individen inte i onödan ska behöva uppsöka sjukhus för att vården och omsorgen ska upplevas trygg.

Ansvar för slutenvården	**Ansvar för landstingets öppenvård**	**Ansvar för kommunens hälso- och sjukvård**	**Ansvar för kommunens socialtjänst**
Om patienten bedöms ha behov av vård- och/eller omsorg från kommunen efter utskrivning inhämtas samtycke från patienten för informationsöverföring och samordning mellan kommun och landsting.			
Inskrivningsmeddelande skickas inom 24 timmar eller så snart behov uppmärksammats av vård- och/eller omsorg från kommunen efter utskrivning.			
Inskrivningsmeddelandet ska innehålla personuppgifter, uppgift om beräknad utskrivningsdag och, efter samtycke, även preliminär diagnos.	Efter mottagande av inskrivningsmeddelande informera om aktuella insatser och utbyta information med berörda parter.	Efter mottagande av inskrivningsmeddelande informera om aktuella insatser och utbyta information med berörda parter.	Efter mottagande av inskrivningsmeddelande informera om aktuella insatser och utbyta information med berörda parter.
Planera för utskrivning och hemgångsklar i samarbete med berörda parter.	Planera för utskrivning och hemgångsklar i samarbete med berörda parter.	Planera för utskrivning och hemgångsklar i samarbete med berörda parter.	Planera för utskrivning och hemgångsklar i samarbete med berörda parter.

Proaktivt arbetssätt → Inskrivning → **Vårdtid** → Utskrivnings-klar → Hemgång → Uppföljning

Ansvar för slutenvården	Ansvar för landstingets öppenvård	Ansvar för kommunens hälso- och sjukvård	Ansvar för kommunens socialtjänst
	Fast vårdkontakt utses om behov finns inom 24 timmar från mottagande av inskrivningsmeddelande eller senast nästkommande vardag.	Huvudhandläggare utses om behov finns inom 24 timmar från mottagande av inskrivningsmeddelande eller senast nästkommande vardag.	Huvudhandläggare utses om behov finns inom 24 timmar från mottagande av inskrivningsmeddelande eller senast nästkommande vardag.
Beskrivning av status och behov av fortsatta vård- och omsorgsinsatser beskrivs i SIP-modulen. Ange ”Gul process”	Beskriver planerade insatser inför utskrivning. Dokumenterar under fliken SIP.	Beskriver planerade insatser inför utskrivning. Dokumenterar under fliken SIP.	Beskriver planerade insatser inför utskrivning. Dokumenterar under fliken SIP.
Medverka vid utskrivningsplanering.	Fast vårdkontakt kallar till och medverkar vid SIP.	Medverka vid SIP.	Medverka vid SIP.
Fortsatt informationsutbyte.	Fortsatt informationsutbyte.	Fortsatt informationsutbyte.	Fortsatt informationsutbyte.

Proaktivt arbetssätt → Inskrivning → Vårdtid → **Utskrivnings-klar** → Hemgång → Uppföljning

Ansvar för slutenvården	Ansvar för landstingets öppenvård	Ansvar för kommunens hälso- och sjukvård	Ansvar för kommunens socialtjänst
Remiss skrivs till landstingets öppenvård vid behov av fortsatta hälso- och sjukvårdsinsatser enligt LD remissrutiner. Egenvårdsbedömning är utförd *(se bilaga Bedömningsstöd)* http://www.regiondalarna.se/verksamhet/halsa-och-valfard/samverkan-vid-utskrivning-fran-sluten-halso-och-sjukvard/		Säkerställ start av insatser i hemmet.	Säkerställ start av insatser i hemmet.
Säkerställa att patienten är hemgångsklar tillsammans med berörda.	Säkerställa att patienten är hemgångsklar tillsammans med berörda.	Säkerställa att patienten är hemgångsklar tillsammans med berörda.	Säkerställa att patienten är hemgångsklar tillsammans med berörda.
Säkerställa samordning för mottagandet i hemmet.	Säkerställa samordning för mottagandet hemmet.	Säkerställa samordning för mottagandet i hemmet.	Säkerställa samordning för mottagandet i hemmet.

Proaktivt arbetssätt → Inskrivning → Vårdtid → Utskrivnings-klar → **Hemgång** → Uppföljning

Ansvar för slutenvården	**Ansvar för landstingets öppenvård**	**Ansvar för kommunens hälso- och sjukvård**	**Ansvar för kommunens socialtjänst**
Utskrivningsmeddelande i SIP-modulen innehållande uppgifter om vart patienten skrivits ut till och datum för utskrivning.	Medicinskt ansvar övertas.	Insatser ska kunna påbörjas samma dag som hemgång.	Insatser ska kunna påbörjas samma dag som hemgång.
Uppdaterad läkemedelslista, överrapporteringar, hjälpmedel m.m. överförs till mottagande enhet enligt överenskommelse.			

Proaktivt arbetssätt → Inskrivning → Vårdtid → Utskrivnings-klar → Hemgång → **Uppföljning**

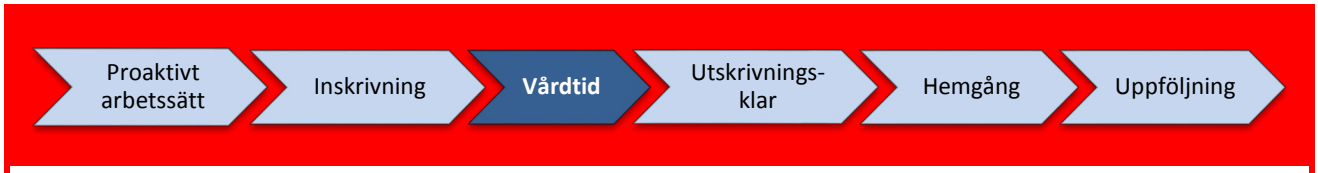
Ansvar för slutenvården	**Ansvar för landstingets öppenvård**	**Ansvar för kommunens hälso- och sjukvård**	**Ansvar för kommunens socialtjänst**
	Uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser. Avsluta patienten i SIP-modulen i Take Care.	Uppföljning av överrapporterade hälso- och sjukvårdsinsatser.	Uppföljning av insatser.
Medverka vid SIP vid behov.	Om patienten har behov av samordning kallar fast vårdkontakt till SIP inom tre dagar från det att patienten är utskrivningsklar.	Medverka vid SIP.	Medverka vid SIP.

Röd process

Målgrupp

- Patient med nytillkomna stora hälso- och sjukvårds och/eller omsorgsbehov.
- Där mottagande personal behöver utbildning.
- Stor tidsåtgång – omfattande vårdbehov – massiva insatser – många professioner.
- Omfattande hjälpmedelsbehov, större bostadsanpassning.
- Kraftigt nedsatt kognition (fara för livet).
- Patienter med flera besök på akuten eller vårdtillfällen inom slutenvård under senaste tremånadersperioden ska planeras enligt någon av de tre processerna oavsett vilka behov av vård- och omsorgsinsatser som behövs efter sjukhusvistelsen. Det innebär att inskrivningsmeddelande skickas i SIP-modulen, efter samtycke från individen, till den öppna vården för samordning av insatserna så att individen inte i onödan ska behöva uppsöka sjukhus för att vården och omsorgen ska upplevas trygg.

Ansvar för slutenvården	**Ansvar för landstingets öppenvård**	**Ansvar för kommunens hälso- och sjukvård**	**Ansvar för kommunens socialtjänst**
Om patienten bedöms ha behov av vård- och/eller omsorg från kommunen efter utskrivning inhämtas samtycke från patienten för informationsöverföring och samordning mellan kommun och landsting.			
Inskrivningsmeddelande skickas inom 24 timmar eller så snart behov uppmärksammats av vård- och/eller omsorg från kommunen efter utskrivning.			
Inskrivningsmeddelandet ska innehålla personuppgifter, uppgift om beräknad utskrivningsdag och, efter samtycke, även preliminär diagnos.	Efter mottagande av inskrivningsmeddelande informera om aktuella insatser och utbyta information med berörda parter	Efter mottagande av inskrivningsmeddelande informera om aktuella insatser och utbyta information med berörda parter	Efter mottagande av inskrivningsmeddelande informera om aktuella insatser och utbyta information med berörda parter
Planera för utskrivning och hemgångsklar i samarbete med berörda parter	Planera för utskrivning och hemgångsklar i samarbete med berörda parter	Planera för utskrivning och hemgångsklar i samarbete med berörda parter	Planera för utskrivning och hemgångsklar i samarbete med berörda parter



Ansvar för slutenvården	**Ansvar för landstingets öppenvård**	**Ansvar för kommunens hälso- och sjukvård**	**Ansvar för kommunens socialtjänst**
	Fast vårdkontakt utses om behov finns inom 24 timmar från mottagande av inskrivningsmeddelande eller senast nästkommande vardag.	Huvudhandläggare utses om behov finns inom 24 timmar från mottagande av inskrivningsmeddelande eller senast nästkommande vardag.	Huvudhandläggare utses om behov finns inom 24 timmar från mottagande av inskrivningsmeddelande eller senast nästkommande vardag.
Beskrivning av status och behov av fortsatta vård- och omsorgsinsatser beskrivs i SIP-modulen. Ange ”Röd process”.	Beskriver planerade insatser inför utskrivning. Dokumenterar under fliken SIP.	Beskriver planerade insatser inför utskrivning. Dokumenterar under fliken SIP.	Beskriver planerade insatser inför utskrivning. Dokumenterar under fliken SIP.
Fortsatt informationsutbyte.	Fortsatt informationsutbyte.	Fortsatt informationsutbyte.	Fortsatt informationsutbyte.
Medverka vid utskrivningsplanering och SIP.	Fast vårdkontakt kallar till och medverkar vid SIP.	Medverka vid SIP.	Medverka vid SIP.
Fortsatt planering för utskrivning och hemgångsklar tillsammans med berörda. Ansvarar för ex. utbildning till mottagande personal vid behov.	Fortsatt planering inför övertagandet av medicinskt ansvar och för mottagande i hemmet tillsammans med berörda.	Fortsatt planering för mottagande i hemmet tillsammans med berörda.	Fortsatt planering för mottagande i hemmet tillsammans med berörda.

Ansvar för slutenvården	Ansvar för landstingets öppenvård	Ansvar för kommunens hälso- och sjukvård	Ansvar för kommunens socialtjänst
Säkerställa att patienten är hemgångsklar tillsammans med berörda.		Säkerställ start av insatser i hemmet.	Säkerställ start av insatser i hemmet.
Remiss till landstingets öppenvård vid behov av fortsatta hälso- och sjukvårdsinsatser enligt LD remissrutin.			
Egenvårdsbedömning är utförd (Se bilaga Bedömningsstöd) http://www.regiondalarna.se/verksamhet/halsa-och-valfard/samverkan-vid-utskrivning-fran-sluten-halso-och-sjukvard/			
Uppdaterad läkemedelslista, överrapporteringar, hjälpmedel m.m. överförs till mottagande enhet enligt överenskommelse	Säkerställa att patienten är hemgångsklar tillsammans med berörda	Säkerställa att patienten är hemgångsklar tillsammans med berörda	Säkerställa att patienten är hemgångsklar tillsammans med berörda
Säkerställa samordning för mottagandet i hemmet	Säkerställa samordning för mottagandet hemmet	Säkerställa samordning för mottagandet i hemmet	Säkerställa samordning för mottagandet i hemmet

Proaktivt arbetssätt → Inskrivning → Vårdtid → Utskrivnings-klar → **Hemgång** → Uppföljning

Ansvar för slutenvården	**Ansvar för landstingets öppenvård**	**Ansvar för kommunens hälso- och sjukvård**	**Ansvar för kommunens socialtjänst**
Utskrivningsmeddelande i SIP-modulen innehållande uppgifter om vart patienten skrivits ut till och datum för utskrivning.	Medicinskt ansvar övertas.	Insatser ska kunna påbörjas samma dag som hemgång.	Insatser ska kunna påbörjas samma dag som hemgång.
Uppdaterad läkemedelslista, överrapporteringar, hjälpmedel m.m. överförs till mottagande enhet enligt överenskommelse.			

Proaktivt arbetssätt → Inskrivning → Vårdtid → Utskrivnings-klar → Hemgång → **Uppföljning**

Ansvar för slutenvården	**Ansvar för landstingets öppenvård**	**Ansvar för kommunens hälso- och sjukvård**	**Ansvar för kommunens socialtjänst**
	Uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser. Avsluta patienten i SIP-modulen i Take Care.	Uppföljning av överrapporterade hälso- och sjukvårdsinsatser.	Uppföljning av insatser.
Medverka vid uppföljning av SIP vid behov.	Medverka vid uppföljning SIP.	Medverka vid uppföljning SIP.	Medverka vid uppföljning SIP.