

GNHH 2026-01-14

Reviderad Samverkansrutin inom Överenskommelse Trygg och effektiv

Britta Engvall och Åsa Rydberg

Innehåll

- Bakgrund
- Vad är nytt?
 - I Samverkansrutinen/utskrivningsprocessen
 - Lifecare SP
 - Uppdaterade manualer
- Uppföljning, avvikelshantering och förbättringsåtgärder
- Kontaktuppgifter

Aktuellt

- **7 januari 2026**, start av Ny Samverkansrutin vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
- Ny Samverkansrutin och samlad information hittar du på vårdgivarwebben:
[Trygg och effektiv utskrivning - Vårdgivare](#)



Bakgrund

Bakgrund till genomförd revidering

- Låg följsamhet till nuvarande utskrivningsprocess
- Avvikelser
- Uppföljning via Indikatorrapporten
- Inkomna synpunkter från slutenvård, Hallands kommuner och närsjukvården


Målsättning med genomförd revidering:

- Ökad följsamhet – **lätt att göra rätt!**
- Förbättrad patientsäkerhet och omhändertagande av särskilt sköra patienter
- Minskad återinskrivning
- Stärkt samverkan mellan slutenvård, primärvård och Hallands kommuner
- Bidra till en mer effektiv utskrivningsprocess



Vad är nytt?

Nuvarande Samverkansrutin delas upp i två delar, en för planering inom slutenvård och en för öppenvård



Gäller för: Region Halland och Hallands kommuner

Samverkansrutin för vård- och omsorgsplanering i öppenvård och utskrivningsplanering från sluten hälso- och sjukvård

Hitta i dokumentet

Syfte

Rutin för vård- och omsorgsplanering i öppenvård

Planering av hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser

Samordnad individuell plan i öppenvården

Avstämning av pågående socialtjänstinsatser för personer i psykiatrisk öppenvård

Hälso- och sjukvårdsinsatser

In- och utskrivning i hemsjukvården

Enstaka hembesök

Medicinsk planering mellan legitimerad personal i kommun och läkare i öppenvård

Medicinsk planering vid förändrade behov av hemsjukvård

Rutin för Samverkan vid utskrivning från slutenvård

Inledning

Översikt utskrivningsprocessen

Utskrivningsprocess från slutenvård

Blixt spår - Planering vid oförändrat behov av insatser efter utskrivning och som sedan tidigare har insatser från kommunen

Genomförande

Slutenvårdens ansvar

Kommunens ansvar

Blixt spår - Planering vid nyttillkomna behov av insatser från Socialtjänsten efter utskrivning

Genomförande

Slutenvårdens ansvar

Toc187821606

Toc187821607

Gult spår - Planering för patient med nyttillkomna/förändrade behov av hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivning

Slutenvårdens ansvar

Kommunens ansvar

Närsjukvården/psykiatrisk öppenvårds ansvar

Rött spår - SIP innan utskrivning vid behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som kräver samordning/utbildning

Slutenvårdens ansvar

Kommunens ansvar

Närsjukvården/psykiatrisk öppenvårds ansvar

Definitioner och begrepp

Uppdaterat från föregående version

Syfte

Dokumentet är framtaget och överenskommet inom den regionala samverkansstrukturen i Halland. Varje huvudman ansvarar för att rutinen fastställs i respektive huvudmans ledningssystem.

Av Regional Utvecklingsgrupp God och nära vård utsedda representanter inom Region Halland och kommunerna i Halland ansvarar för uppföljning för en god följsamhet, samt för utvärdering av arbetssätt för att fänga behov av och föreslå justeringar/förändringar.

För mer information kopplat till delar och processerna i denna rutin hänvisas till Vårdgivarwebbens startida <https://vardgivar.regionhalland.se/> eller sida om Socialtjänst och närliggande hälso- och sjukvård <https://vardgivar.regionhalland.se/uppdrag-avtal/socialtjanst-och-naraliggande-halso-och-sjukvard/>.


Rutin: Samverkansrutin för vård- och omsorgsplanering i öppenvård och utskrivningsplanering från sluten hälso- och sjukvård

Fastställt av: Hälso- och sjukvårdsdirektör, Fastställt: 2025-01-20

Huvudförfattare: Engvall Britta RK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Sida 1 av 31





Gäller för: Region Halland

Samverkansrutin vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Hitta i dokumentet

Inledning

Inskrivningsmeddelande Vid inskrivning i slutenvården

Påbörja planering

Patienten har oförändrade behov av insatser efter utskrivning och har sedan tidigare insatser från kommunen (Blixt spår)

Patienten har enbart behov av nya/förändrade insatser från socialtjänsten efter utskrivning (Rött spår)

Patienten har nyttillkomna/förändrade behov av hälso- och sjukvårdsinsatser och eventuellt socialtjänstinsatser i kommunal regi efter utskrivning (Gult spår)

Patienten har behov av SIP innan utskrivning på grund av nyttillkomna, avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser (Rött spår)

Registrering av utskrivningsakt

Hemutskick

Övrigt

Inledning

Rutinen ska säkerställa en trygg och effektiv utskrivning från slutenvården. Den gäller personer som behöver fortsätta insatser från kommun och region. Rutinen klargör ansvarsfördelningen mellan alla parter och främjar kvalitetssäkrade planeringsprocesser där varje parts uppdrag och ansvar framgår tydligt.

Målet är ett tillitsfullt samarbete med den enskildes bästa i fokus – att bedriva en god och nära vård och omsorg där den enskilde känner sig trygg och delaktig.

Gemensamma principer för samverkan:


- Patienten står alltid i centrum och är delaktig i planeringen.
- Samverkan präglas av ömsesidig respekt, tydlig kommunikation och gemensamt ansvarstagande.
- Alla parter arbetar för att minimera utskrivningsklara dagar och undvika onödiga vårdåtgärder.
- Dokumentation och informationsöverföring sker enligt gällande lagstiftning (t.ex. hälso- och sjukvårdslagen, patientdatalagen, socialtjänstlagen, lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, lag om egenvård).
- Planeringar innan utskrivning från slutenvården ska i regel genomföras på vardagar, kontorstid.
- Medarbetare som ansvarar för utskrivningsplaneringens process ska hantera inkommande information snarast i Lifecare SP, minst två gånger per arbetspass.

Samverkansrutin vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Fastställt av: XX, Fastställt: XX

Huvudförfattare: Britta Engvall, RK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Sida 1 av 12



Gäller för: Region Halland

Samverkansrutin för vård- och omsorgsplanering i öppenvård

Hitta i dokumentet

Planering av hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser

Samordnad individuell plan i öppenvården

Avstämning av pågående socialtjänstinsatser för personer i psykiatrisk öppenvård

Hälso- och sjukvårdsinsatser

In- och utskrivning i hemsjukvården

Enstaka hembesök

Medicinsk planering mellan legitimerad personal i kommun och läkare i öppenvård

Medicinsk planering vid förändrade behov av hemsjukvård

Planering av hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser

Samordnad individuell plan i öppenvården

Alla som behöver insatser från hälso- och sjukvården, socialtjänsten, socialtjänsten och andra aktörer så som skola, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen har rätt att få upprättat en samordnad individuell plan, SIP. Syftet med en SIP är att förbättra samordningen mellan de olika aktörerna så att individen får rätt stöd och vård. Patient, närstående och respektive huvudman kan initiera upprättande av en SIP.

Behov att upprätta en SIP finns exempelvis när:

- Insatserna behöver samordnas.
- Patienten/brukaren har flera vårdkontakter och eventuellt andra myndighetskontakter.
- Ansvarsfördelning behöver klargöras utifrån exempelvis insatser från både närsjukvård och specialistvård - Vem ansvarar för vad?
- Insatserna behöver följas upp gemensamt.
- Patienten/brukaren har behov av en tydlighet i vem som ansvarar för vad - Underlättar för patienten/brukaren med EN gemensam plan.

Lag (2001:453), (2017:30) När Patient har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en samordnad individuell plan. Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att Patient ska få sina behov tillgodosedda och om Patient samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med Patient. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och Patient inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå:

- vilka insatser som behövs,
- vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för,
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen,
- vem av huvudmännen som ska ha samordningsansvaret för planen,
- planering för uppföljning och utvärdering.

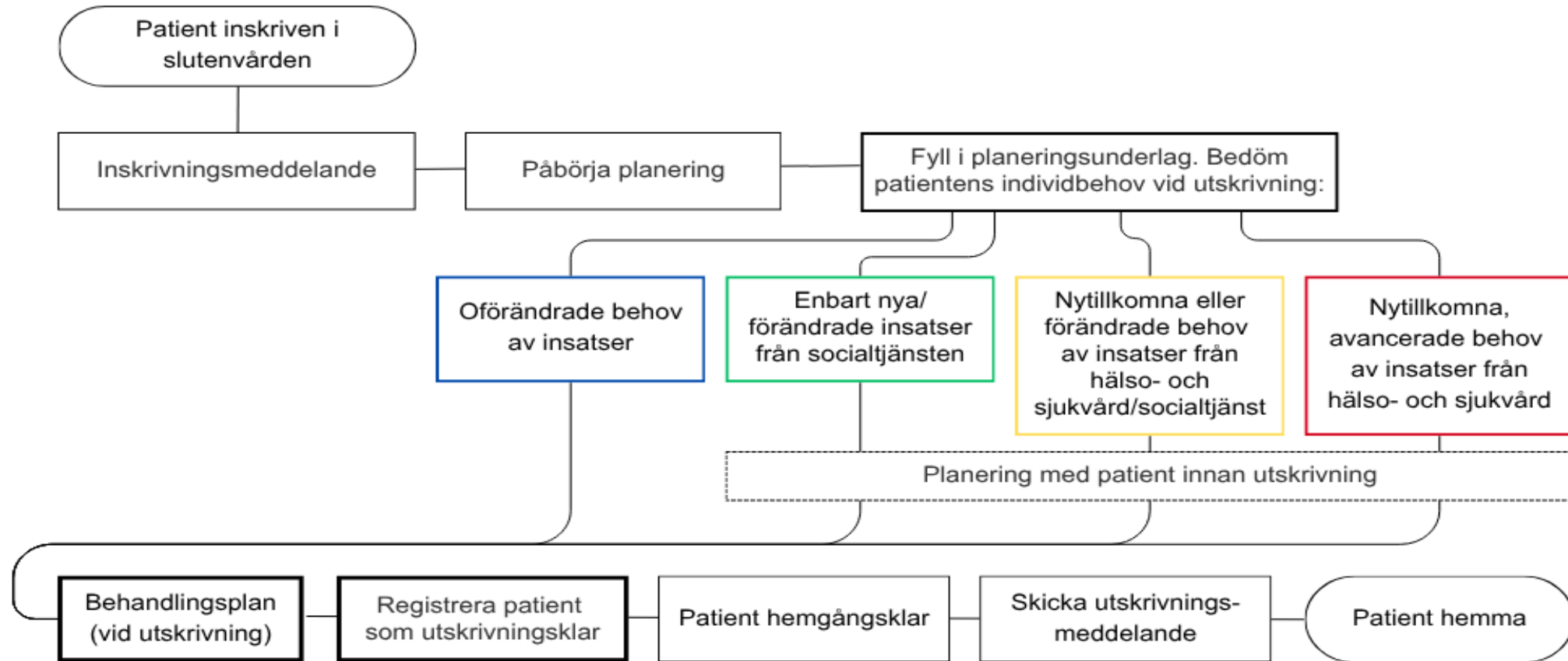
Rutin: Samverkansrutin för vård- och omsorgsplanering i öppenvård

Fastställt av: Hälso- och sjukvårdsdirektör Fastställt: 2025-01-20

Huvudförfattare: Britta Engvall RK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Sida 1 av 5

Ny processbild



Kapitel Övrigt

- Läkemedel
- Permissioner
- Behov av tolk vid planering
- Transport vid hemgång
- Omhändertagande av patienter i sent palliativt skede
- Läkare till läkare- medicinskt ansvar
- Specialistmottagning- barn och ungdomsklinikens ansvar
- Hjälpmedel
- Driftstopp
- Avvikelser
- Tvångsvård psykiatri

Uppföljning, avvikelser och bättringsåtgärder

Rutin för uppföljning

- Rutin för uppföljning, avvikelser och hantering av förbättringsåtgärder på plats i februari 2026

Medverkande i förändringsarbetet

Genomförargrupp samverkansrutin och uppföljning

- Åsa Rydberg asa.rydberg@halmstad.se
- Maria Adel maria.adel@kungsbacka.se
- Ros-Marie Mattsson HS AKUT TRYGG HEMGÅNG HSD Ros-Marie.Mattsson@regionhalland.se
- Britta Engvall RK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD britta.engvall@regionhalland.se
- Eva D Karlsson PSH Eva.D.Karlsson@regionhalland.se
- Charlotte Johnsson RK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD Charlotte.Johnsson@regionhalland.se
- Anna-Lena Johansson NSVH PALLIATIVA VÅRDAV FBG Anna-Lena.Johansson@regionhalland.se
- Petra Jacobson NEPTUNUSKLINIKEN Petra.Jacobson@neptunuskliniken.nu
- Sophia Molin sophia.molin@varberg.se
- Anna Hurtig anna.hurtig@falkenberg.se
- Anna Örnstedt anna.Ornstedt@hylte.se
- Eva Thelander eva.thelander@laholm.se
- Susanne Sävenfalk Persson HS Susanne.Savenfalk-Persson@regionhalland.se



Britta Engvall Hälso- och sjukvårdsstrateg | Uppdrag och analys | britta.engvall@regionhalland.se