



Rutin för informationsöverföring mellan huvudmän på primärvårdsnivå

Vid överföring på primärvårdsnivå – från regionens hälsocentral till kommunal hälso- och sjukvård eller tvärtom¹ – behöver överlämningen vara tydlig. Organisationsgränser ska inte vara ett hinder för att ge invånarna den vård som behövs: samordning och effektivt nyttjande av resurser ska lyftas fram. Innan hälso- och sjukvård blir aktuellt ska personens egna resurser och nätverk tas tillvara, till exempel i form av egenvård.



Initiera överföring

Förändrade behov gör att kriterier för kommunal hälso- och sjukvård börjar uppfyllas/ inte längre uppfylls

Vid utskrivning från sjukhus, se särskild riktlinje



Planera överföring

Planering mellan huvudmännen samt samordnad individuell plan (SIP) med den enskilde sker



Genomföra överföring

Beslut om överföring tas, en god överföring säkerställs med hjälp av checklista



Följa upp överföring

Behov följs upp
Vid förändring, se steg 1 "Initiera överföring"

Initiera överföring

Hälso- och sjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå kan utföras av vårdgivare hos såväl kommunen som regionen. När personens behov förändras (förbättring, försämring) kan ansvaret för insatserna övergå till annan huvudman. Hur ansvaret regleras mellan huvudmännen framgår i [samverkansavtalet med bilagor](#).

Utskrivning från sjukhus beskrivs i särskild [riktlinje](#).

Planera överföring

Vårdkedjor ska optimeras genom effektiva vård- och omsorgsplaneringar över gränserna. En första planering görs mellan huvudmännen via ett samordningsärende i Link efter godkänt samtycke² från den enskilde. Vid denna första planering beskrivs vilken/vilka kriterier³ som uppfylls/inte längre uppfylls och på vilket sätt. Om överföringen endast gäller ansvar för läkemedelshantering enligt bilaga 10 ska orsak och vilka insatser⁴ som redan provats beskrivas.

¹ Oavsett offentlig eller privat utförare

² Samtycke till informationsdelning: gör att flikarna "journal" och "läkemedelslista" öppnas, dvs sammanhållen journal

³ Behov av hjälp med minst en av fyra kriterier: förflyttning, personlig hygien, ätande, påklädning. Detta beskrivs förslagsvis med hjälp av frasminne "kriterier" i ett generellt meddelande i Link.

⁴ Till exempel hjälp av anhörig, dosett, dosdispensering, påminnelsestöd, läkemedelsrobot eller annat hjälpmedel.



När ansvarsplaneringen är gjord ska den som initierat överföringen kalla till en SIP ([länk till SIP-sidan](#)). Planering av SIP-mötet ska ske tillsammans med den enskilde. I de fall den specialiserade vården är inblandad i vården ska även de kallas till SIP-mötet. Ta även ställning till om socialtjänsten ska kallas. För informationsöverföring vid SIP behöver ett särskilt samtycke⁵ från den enskilde inhämtas.

Genomföra överföring

SIP-mötet, där den enskilde och eventuellt närstående deltar, ska beskriva vad personen själv gör och vad respektive huvudman ansvarar för. Hur SIP-processen går till beskrivs i stöddokument på [SIP-sidan](#). Vid avslutat möte är primärvårdsansvaret upp till läkarnivå överfört till annan huvudman.

Vid mötet, ta ställning till behov av:

- Fast läkarkontakt (områdesläkare)
- Fast vårdkontakt
- Kontakt med arbetsterapeut och fysioterapeut⁶
- Kontakt med övriga professioner⁷
- Uppdaterade uppgifter i anslutningsöversikt och patientkort i Cosmic enligt [rutin](#)
- Uppdaterade uppgifter i läkemedelslista och gemensamma dokument i Cosmic
- Uppdaterade kontaktuppgifter till den enskilde, eventuellt närstående och vårdpersonal, för fortsatt teamarbete och patientens delaktighet

Följa upp överföring

Den enskildes behov följs upp av utsedd samordnare av SIP. Vid förändrade behov som påverkar ansvaret på primärvårdsnivå, se steg 1 "Initiera överföring".

⁵ Samtycke till samordnad individuell plan (SIP)

⁶ Inklusivt överföring av eventuella hjälpmedel

⁷ T ex dietist, logoped, kurator osv