

Checklista för slutenvård vid utskrivning

Uppdaterad version 2023-02-15

Aktivitet	Aktuellt	Icke aktuellt	Kommentar
Läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar.			
Egenvårdsbedömningar är gjorda och dokumenterade.			
Brytpunktssamtal är utfört.			
Remiss för övertagande av medicinskt ansvar till regionfinansierad öppenvård ska skickas när det finns förändrade behov efter utskrivning - nya medicinska kontroller, ändrad behandlingsstrategi eller läkemedelshantering ¹ Gäller även när vårdåtgärder ska utföras av kommunen.			Utskrift av epikris sker inte på helger/jourtid. Vid nya insatser/åtgärder planeras detta så att utskrivning kan göras en vardag, och epikris medfölja.
Informationsöverföring till berörda enheter, senast samma dag som utskrivning är gjord och finns nedskriven ² (se förtydligande text angående vilken information)			Epikris och samlad slutanteckning med denna information ska finnas nedskriven och därmed tillgänglig i NPÖ.
Patienten får skriftlig information om vård och behandling, inkl läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista samt om åtgärder som är egenvård. (se förtydligande text angående vilken information). Patient får SVU broschyr med information om fast vårdkontakt, om bestämt, datum för SIP samt insatser/åtgärder från kommun och hälsocentral.			Använd bilaga Patientbroschyr SVU
Skicka med delad dosett eller dospåsar utifrån aktuell utskrift från Pascal fram tills den dag då nya dospåsar levereras till boende eller lokalt apotek. Kommunera behov med mottagande enhet. Om kort kur ordinerats, dela hela kuren klart. Rapportera i Prator.			Använd Säker dos i Västerbotten
Material och utrustning för omvårdnad (tex för såromläggning, nutrition och infusion) som är nödvändiga för en säker hemgång har ordnats.			
Bedömningar och ev. insatser av arbetsterapeut/sjukgymnast/fysioterapeut i syfte möjliggöra säker hemgång har utförts.			
Ev. hjälpmedel för att klara förflyttningar och toalettbesök på ett säkert sätt första dagarna hemma har förskrivits och plan för ev. montering och säker användning finns. ³			Beakta ev behov av instruktioner och utbildning för patient, närstående, personal.

¹ Chefläkarbeslut 180418 punkt 40, LITA 239317 NCS CrossRemissrutiner

² [Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård](#) 3 kap. 1–2§§

³ [Vägledning till Avtal om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende-2018](#) s 10, 11 kap. avsnitt 11.1

Informationsöverföring till berörda enheter och patient

Om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det, ska den slutna vården till berörda enheter överföra den information som är nödvändig för att ge patienten socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Informationen ska överföras senast samma dag som patienten skrivs ut från den slutna vården.⁴

En patient som skrivs ut från slutna vård ska få sammanfattande information om den vård och behandling som getts under vårdtiden, om avsikten är att patienten ska få insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller den landstingsfinansierade öppna vården. Om information finns tillgänglig, ska patienten även få uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt, tidpunkt för när samordnad individuell planering avses genomföras och uppgifter om befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen.⁵

Informationen ska innehålla dels vårdplanen, dels övriga väsentliga uppgifter. Om det är relevant för patientens vård och omsorg efter utskrivningen, ska de övriga uppgifterna bestå av

1. inskrivningsorsak samt hälso- eller funktionstillståndet vid inskrivningen,
2. vilka som varit ansvariga för patientens vård, behandling och rehabilitering inom den slutna vården,
3. sammanfattning och utvärdering av genomförd vård, behandling och rehabilitering samt eventuella komplikationer som tillstött i den slutna vården,
4. patientens aktuella hälso- och funktionstillstånd,
5. patientens upplevda hälsotillstånd,
6. riskbedömning utifrån patientens hälsotillstånd,
7. patientens arbetsförmåga,
8. närstående, förvaltare eller god man, och
9. andra kontinuerliga läkarkontakter än de som är namngivna i vårdplanen.

Patienten ska få informationen skriftligt vid utskrivningen, om det inte finns hinder enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller patientsäkerhetslagen (2010:659). Vid behov ska den även ges i annan form.⁶

Om läkemedel

När en patient som under vårdtillfället har fått en läkemedelsgenomgång i enlighet med dessa föreskrifter skrivs ut från slutna vård ska en läkare upprätta en läkemedelsberättelse i patientjournalen. Läkemedelsberättelsen ska innehålla uppgifter om

1. vilka ordinationer som har ändrats,
2. vilka andra åtgärder rörande läkemedelsbehandlingen som har vidtagits, och
3. orsakerna till de vidtagna åtgärderna.

Vid utskrivningen ska det även finnas uppdaterade uppgifter i patientjournalen om

1. målen för läkemedelsbehandlingen,
2. när uppföljningen av behandlingen ska göras, och
3. vilken vårdgivare eller vårdenhet som ska ansvara för uppföljningen.

Därutöver ska det finnas en uppdaterad läkemedelslista i patientjournalen.

Om en patient efter utskrivningen ska få vård hos en annan vårdgivare eller vårdenhet, ska läkemedelsberättelsen och informationen föras över till denna, om det inte finns hinder enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), patientsäkerhetslagen (2010:659) eller patientdatalagen (2008:355). Överföringen ska göras senast samma dag som patienten skrivs ut. Vid utskrivningen ska patienten få läkemedelsberättelsen, den uppdaterade läkemedelslistan och den övriga informationen som anges i 16 § (stycket ovanför) skriftligen.⁷

⁴ [Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård](#) 3 kap. 1–2§§

⁵ [Patientlagen](#) 3 kap. 2b§

⁶ [Socialstyrelsens föreskrifter om informationsöverföring vid samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård](#) 4 kap. 1–3§§

⁷ [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården](#) 11 kap. 15–17§§ om läkemedel