Region Örebro län

ID

Checklista säker utskrivning – Läkare slutenvård

Checklistan är ingen originalhandling och ska makuleras efter att dokumentationen i journalen, Lifecare SPU har genomförts och patienten lämnat avdelningen.

Används vid följande tillfällen:

- När patient är i behov av kommunal omsorg/sjukvård eller rehabilitering efter inneliggande vård
- Som stöd för att få med alla delar i processen

Bedöma preliminär utskrivningsdag
Uppgift om prel utskrivningsdag ska finnas med i det inskrivningsmeddelande som avdelningen ska skicka till kommun och öppenvård i Lifecare SP inom 24 timmar efter patientens ankomst till avdelningen eller efter att behovet av fortsatt kommunal vård identifierats.

Inför planering	Utfört
1. Beslut tagits av ansvarig läkare att patienten är utskrivningsklar: Lag 2017:612 om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård: En patient är utskrivningsklar om han eller hon av den behandlande läkaren inte längre bedöms behöva vård vid en enhet inom regionens slutna hälso- och sjukvård.	
2. Utvärdera om patienten behöver insatser som inte utförs inom kommunal verksamhet, exempelvis: ▸ Blodtransfusion ▸ Långtidsinfusioner som kräver övervakning ▸ Järninjektioner ▸ Cytostatikainjektioner Gör upp plan för hur eventuell fortsatt behandling ska genomföras.	
3. Frågorna i planeringsunderlag i Lifecare SP har besvarats och gett följande utfall Utfall blå - *Behov av insatser från socialtjänst men inga behov av sjukvård eller rehabilitering i kommunal regi* Utfall Grön - *Oförändrat behov av kommunala insatser/åtgärder, hemgång kan ske snarast efter utskrivningsklar* Utfall Gul - *Nya eller förändrade behov av vård och omsorg eller rehabilitering i kommunal regi efter sjukhusvistelsen* Utfall Röd - *Stort medicinskt behov där omfattande utbildning krävs av Kliniskt Träningscenter (KTC) för att säkerställa vården hos nästa vårdgivare* - *sjukvård eller rehabiliteringsinsatser i kommun*	
4. Palliativt beslut – dokumentera i journalen om beslut är taget och om *brytpunktsamtal* har genomförts.	

5. Informera patient och närstående om att hen är utskrivningsklar *Använd om möjligt metoden Teachback, alltså att patienten får återberätta det du sagt.* Informera om fortsatt planering och behandling.	
6. Fortsatt planering och behandling ska vara klarlagd och dokumenterad i journal	
7. Säkerställ läkemedelslista – ska göras INNAN slutanteckning/vårdsammanfattning *Genomför läkemedelsgenomgång tillsammans med patient och ansvarig läkare för vårdtillfället.* *Vid behov: Skriv recept eller utför ändringar i APO-dos. Ändringar i APO-dos bör märkas som akutproduktion.* ***VERKSTÄLL** läkemedelslistan efter genomgång så att den är uppdaterad efter hur den ska se ut i öppenvården.*	
8. Kontrollera och ta ställning till labprover som är tagna inom vårdtillfället *Finns det prover som behöver tas om innan hemgång?* *Finns det prover som behöver följas upp?*	
***9.* Patient med Waran/NOAK** *Meddela patient om aktuell dosering och nästa provtagning.* *Ta fram "Remiss för antikoagulantiabehandling" från intranätet och fyll i. Skicka sedan till berörd AK-mottagning.* Remiss för antikoagulantiabehandling	
10. Diktera slutanteckning *Diktaten behöver skrivas **akut** så personalen i kommunen kan ta del av dem snarast då de endast kan läsa via NPÖ.* *Slutanteckningen ska innehålla:* • *Diagnos* • *Vårdtid* • *Ansvarig läkare* • *Vårdförlopp* • *Bedömning* • *Vårdsammanfattning patient* • *Läkemedelsändringar* • *Planering*	
11. Diktera/skriv vårdsammanfattning *Vårdsammanfattningen ska innehålla:* • *Vårdtid* • *Ansvarig läkare* • *Vårdsammanfattning patient* • *Läkemedelsändringar* • *Planering*	
12. Remiss för uppföljning *Ev remisser för uppföljning på sjukhus eller inom Öppenvården ska skrivas i samband med slutanteckningen, om inte särskilda provsvar eller liknande inväntas.*	
13. Övrigt:	