

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 ineliggande 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
<p>1. Beslut tagits av ansvarig läkare att patienten är utskrivningsklar:</p> <p>Lag 2017:612 om samverkan vid utskrivning från slutna 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.</p>	
<p>2. Utvärdera om patienten behöver insatser som inte utförs inom kommunal verksamhet, exempelvis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Blodtransfusion ▶ Långtidsinfusioner som kräver övervakning ▶ Järninjektationer ▶ Cytostatikainjektationer 	
<p>3. Frågorna i planeringsunderlag i Lifecare SP har besvarats och gett följande utfall</p> <p>Utfall blå - Behov av insatser från socialtjänst men inga behov av sjukvård eller rehabilitering i kommunal regi</p> <p>Utfall Grön - Oförändrat behov av kommunala insatser/åtgärder, hemgång kan ske snarast efter utskrivningsklar</p> <p>Utfall Gul - <i>Nya eller förändrade behov av vård och omsorg eller rehabilitering i kommunal regi efter sjukhusvistelsen</i></p> <p>Utfall Röd - Stort medicinskt behov där omfattande utbildning kan krävas av Kliniskt Träningscenter (KTC) för att säkerställa vården hos nästa vårdgivare.</p>	
<p>4. Palliativt beslut – dokumentera i journalen om beslut är taget och om brytpunktsamtal har genomförts.</p>	
<p>5. Informera patient och närstående om att hen är utskrivningsklar</p> <p>Använd om möjligt metoden Teachback, alltså att patienten får återberätta det du sagt. Informera om fortsatt planering och behandling.</p>	

<p>6. Fortsatt planering och behandling ska vara klarlagd och dokumenterad i journal</p>	
<p>7. Säkerställ läkemedelslista – ska göras INNAN slutanteckning/vårdsammanfattning Genomför läkemedelsgenomgång tillsammans med patient och ansvarig läkare för vårdtillfället. Vid behov: Skriv recept i Cosmic eller utför ändringar i pascal. Ändringar i dospåsar bör märkas som akutproduktion. Efter att läkemedelslistan är genomgången och uppdaterad efter hur den ska se ut i öppenvård skrivs den ut till patient samt utskrivningssamordnare.</p>	
<p>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?</p>	
<p>9. Patient med Waran/NOAK Meddela patient om aktuell dosering och nästa provtagning. Ta fram "Remiss för antikoagulantibehandling" från intranätet och fyll i. Remiss för antikoagulantibehandling</p>	
<p>10. Diktera slutanteckning Diktaten behöver skrivas akut så personalen i kommunen kan ta del av dem snarast då de endast kan läsa via NPÖ. <i>Slutanteckningen ska innehålla:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Diagnos</i> • <i>Vårdtid</i> • <i>Ansvarig läkare</i> • <i>Vårdförlopp</i> • <i>Bedömning</i> • <i>Vårdsammanfattning patient</i> • <i>Läkemedelsändringar</i> • <i>Planering</i> 	
<p>11. Diktera/skriv vårdsammanfattning <i>Vårdsammanfattningen ska innehålla:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vårdtid</i> • <i>Ansvarig läkare</i> • <i>Vårdsammanfattning patient</i> • <i>Läkemedelsändringar</i> • <i>Planering</i> 	
<p>12. Remiss för uppföljning <i>Ev remisser för uppföljning på sjukhus eller inom Öppenvården ska skrivas i samband med slutanteckningen, om inte särskilda provsvar eller liknande inväntas.</i></p>	
<p>13. Övrigt:</p>	