

**Publicerat för enhet:** Sjukhusgemensamt

**Innehållsansvarig:** Majvor Martinsson, Chefläkare, Planering- och utvecklingsenhet samt vårdhygien gemensamt (majma3)

**Godkänt av:** Majvor Martinsson, Chefläkare, Planering- och utvecklingsenhet samt vårdhygien gemensamt (majma3)

**Version:** 15

**Giltig från:** 2020-06-26

**Giltig till:** 2022-06-30

## Utskrivning från slutenvård

---

### Bakgrund

Denna sjukhusövergripande rutin gäller utskrivning från slutenvård och följer kraven som ställs i den regionala medicinska riktlinjen ”Säker utskrivning från slutenvård och hemskrivning från akutmottagning”. Verksamhetschef ansvarar för att rutinen är känd och tillämpas inom sitt verksamhetsområde.

Behovet av standardiserade säkra rutiner för utskrivning från slutenvård och hemskrivning har uppmärksammats i den regionala handlingsplanen ”Det goda livet för sjuka äldre” (2014). Säker utskrivning kan förhindra undvikbar slutenvård och återinskrivningar. De brister som har uppmärksammats är att patienter och anhöriga får otillräcklig information. Det måste finnas rutiner som säkerställer övertagande av vård- och omsorgsansvar, att information förs över till kommande vårdgivare, samt att hjälpmedel eller läkemedel är tillgängliga för patienten efter utskrivning och hemskrivning. Patienter har enligt lagen rätt att få information om sitt hälsotillstånd och om det förväntade vård- och behandlingsförloppet, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar, eftervård, och metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Den regionala riktlinjen har delat upp kraven på standardiserad utskrivning i två kategorier, högriskpatienter och övriga patienter.

Högriskpatienter är äldre patienter med multisjuklighet, depression, kognitiva funktionsnedsättningar och/eller flera slutenvårdstillfällen det senaste året samt många patienter med kronisk psykisk sjukdom. Dessa patienter har extra stort behov av säker ut- och hemskrivning. För övriga patienter gäller de basala kraven.

### Sammanfattning

Inom NU-sjukvården ska utskrivningsmeddelande lämnas till alla patienter vid hemgång. Läkemedelsberättelse ska upprättas vid varje slutenvårdskontakt och utgöra en del i såväl utskrivningsmeddelande till patient som epikris till annan vårdgivare.

När behandlingsansvar ska övergå till primärvård måste det säkerställas att övertagandet och informationen tydligt förs över till kommande vårdgivare. Informationsöverföring till andra vårdgivare ska säkerställas i samband med utskrivning.

## Utskrivningsmeddelande

Målet med utskrivningsmeddelande är i första hand att patienten får en tydlig, individanpassad och skriftlig information om sin sjukdom, sitt vårdtillfälle och kommande åtgärder. Utskrivningsmeddelande är en del i den gemensamma epikrisen. Dokumentet överlämnas till patienten vid utskrivning från sjukhus, tillsammans med en aktuell läkemedelslista. Utskrivningsmeddelandet kan dikteras av läkare, om det görs senast dagen innan patienten blir utskriven. Medicinsk sekreterare skriver ut. Vid hantering samma dag som patienten blir utskriven så skrivs den av utskrivande läkare.

## Genomförande

Logga in i Melior – Välj aktuell patient och öppna journalen. Ta fram aktiviteten Utskrivning, därefter ny anteckning och välj Utskrivningsmeddelande. Fyll i de aktuella sökorden för att därefter skriva ut.

Exempel:

2016-02-17 18:40		C_UTSKRIVNINGSMEDDELANDE (C_Utskrivning) Avdelning 44 (C44Med)	
	2016-02-17 18:40 / susma	Sysadm Martinsson, Susanne	Läk (sign susma)
Vårdtid	2016-02-11 - 2016-02-17		
Ansvarig läkare	Martinsson, Susanne (susma)		
Inskrivningsorsak	Bröstmärtor		
Bedömning/diagnos	Dina besvär bedömdes som liten hjärtinfarkt.		
Genomförda åtgärder	Ballongsprängning av förträngningar i kranskärlen genomfördes framgångsrikt. rörlighet, men totalt sett normal pumpfunktion. Du har fått information om vilket		
Läkemedelsberättelse	Enligt nedan		
Utsatt preparat			
Insatt preparat	Trombyl, Brilique, Ramipril, Atorvastatin, Metoprolol och Nitrolinqual.		
Dosökning preparat			
Dosminskning preparat			
Läkemedelsordinationer	Se uppdaterad läkemedelslista		
Planering/uppföljning	Du ska kontrollera blodprover om 4 veckor, kontakta din vårdcentral med meds hjärtmottagningen NÅL, till sjuksköterska om ca 2 veckor och till läkare om ca 3		
Kopia	Kommunsjuksköterska Vårdcentral Patient		

Om man väljer alternativet **Enl nedan** på sökordet Läkemedelsberättelse kommer ytterligare 4 sökord fram

1. Utsatt preparat
2. Insatt preparat
3. Dosökning preparat
4. Dosminskning preparat

## Läkemedel

Läkemedelsgenomgång ska göras vid varje slutenvårdstillfälle, se vidare RMR [”Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse”](#).

Det enskilt vanligaste felet vid utskrivning av patienter är att olika läkemedelslistor inte stämmer inbördes, t.ex. läkemedelsmodulen, epikris och dosexpedition. Särskild tid bör därför läggas på detta moment.

Vid utskrivning ska läkemedelsmodulen uppdateras. Sätt ut läkemedel så att bara det som patienten ska fortsätta med finns kvar. Säkerställ att läkemedelsmodul, epikris och dosexpedition överensstämmer inbördes.

Läkemedelsberättelse ska upprättas vid varje slutenvårdskontakt och utgör en del i utskrivningsmeddelandet. Läkemedelsberättelsen ska beskriva ändringar som skett under vårdtiden samt orsaken till ändringarna. Med vårdtiden menas i detta sammanhang hela sjukhusvistelsen, även om patienten vårdats på olika kliniker. Till utskrivningsmeddelande ska bifogas en aktuell läkemedelslista från Melior. För patienter som har dosexpedition ska istället ordinationskort från Pascal bifogas.

När patienten skrivs ut från sjukhus ska nyinsatta och dosökade läkemedel förskrivas för tre månaders förbrukning. Vid behov av receptförnyelse av andra läkemedel, vilka normalt förskrivas av annan vårdgivare, bör dessa preparat förskrivas tills nödvändig information om patienten, som remiss, epikris och läkemedelsberättelse, hunnit nå aktuell vårdgivare, i normalfallet en månad.

Se vidare RMR "[Förskrivning av läkemedel vid utskrivning från sjukhus](#)" samt RMR "[Dosexpedition](#)".

## Överlämnande av det medicinska behandlingsansvaret

Då medicinskt behandlingsansvar ska övergå till primärvård är tydlig information viktig för att säkerställa en samsyn kring det fortsatta medicinska behandlingsansvaret.

1. Om behov av uppföljning/övertag i primärvården efter en månad eller mer, skickas remiss, utskrivningsmeddelande och epikris.
2. Om behov av uppföljning/övertag i primärvården inom en månad krävs telefonkontakt med ansvarig primärvårdsläkare på vårdcentral. Dokumentera överenskommelsen i journal. Skicka remiss, utskrivningsmeddelande och epikris.
3. För patienter med kommunala insatser: All dokumentation ska vara klar och överförd till berörda verksamheter innan den enskilde skrivs ut från slutenvården.

## Genomförande för att skriva remiss (Allmänremiss ska inte användas)

- Tryck på ny anteckning inne i journalen.
- Välj Remiss under aktiviteterna.
- **Mottagande enhet** är obligatoriskt. Välj i rullistan den vårdcentral som patienten är listad på.
- **Frågeställning** skrivs med fritext.
- **Åtgärd** används vid behov.
- Ange i remisstexten att bekräftelse gällande övertagande av behandlings-ansvar önskas med fax i retur (gäller endast för patienter med kommunal hemsjukvård där snabbt övertag önskas, d.v.s. punkt 3 ovan). Saknas detta svar kvarstannar behandlingsansvaret hos remitterande läkare.
- **Remissbekräftelse** fylls i av sekreterare när vårdcentralen återkopplat om de övertar vårdansvaret eller ej. Bevakas av sekreterare med hjälp av Cognosrapporter.
- Signera remissen och skriv ut den. Alla sökord finns kvar efter signering.

## Informationsöverföring vid utskrivning

Säkerställ att läkemedelsmodul, epikris och dosexpedition överensstämmer inbördes.

### Skickas med patienten vid utskrivning

- Utskrivningsmeddelande
- Aktuell läkemedelslista från Melior eller ordinationskort från Pascal
- Recept alt uppdaterad dosexpedition
- Läkemedel, hjälpmedel och förbrukningsmaterial skickas med vid behov

### Skickas till primärvård vid överlämnande av vårdansvar

- Remiss
- Epikris och utskrivningsmeddelande
- Övriga relevanta handlingar

### Patienter med kommunala insatser

- All dokumentation ska vara klar och överförd till berörda verksamheter innan den enskilde skrivs ut från slutenvården (Lag gällande samverkan vid in och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Västra Götaland)
- För att epikris ska vara klar vid utskrivning ska den helst dikteras dagen före, Läkaren väljer mall **Epikris kommunpatient i Medspeech och väljer prioritet röd (hög prioritet)**.
- Om läkaren väljer att diktera utskrivningsmeddelandet ska det helst dikteras dagen före utskrivning, alternativt att läkaren skriver meddelandet själv
- Kommunens HSL - personal tar del av alla epikriser och utskrivningsmeddelanden via NPÖ.
- Alla epikriser och utskrivningsmeddelande faxas till primärvård.
- Aktuell läkemedelslista dikteras i epikrisen.
- Sårvårdsjournal vid behov via NPÖ. Vid behov faxas sårvårdsjournal till privata vårdgivare.

Det är vanligt att t.ex. läkemedelslista justeras i sent läge av utskrivande läkare, eller att utskrivningsmeddelande påbörjas utan att vara helt klart. Den som skickar iväg handlingar måste säkerställa att aktuell handling är uppdaterad.

### Länkar:

- Checklista vid utskrivning från slutenvården
- [NU-rutin: Läkemedelsdokumentation](#)
- [NU-rutin: Läkemedelsmodulen i Melior för NU-sjukvården](#)
- [Regional medicinsk riktlinje: Säker utskrivning från slutenvård och hemskrivning från akutmottagning](#)