Lathund för läkare på vårdcentral

Från 2 november 2026 och ett år framöver genomförs ett pilotprojekt i kommunerna **Trollhättan**, **Uddevalla**, **Mellerud** och **Lysekil** på patienter som har **beslut om kommunal primärvård då de skrivs ut** från vårdavdelningarna **MÄVA 1 eller MÄVA 2**.

SYFTE

Syftet med pilotprojektet är att säkerställa en trygg, sammanhållen, personcentrerad och patientsäker utskrivningsprocess från slutenvården till mottagande vårdnivå.

MÅL

Målet med pilotprojektet är att testa ett gemensamt, strukturerat och enhetligt arbetssätt för medicinsk planering vid utskrivning från slutenvården.

INSKRIVNING → **UTSKRIVNING** → **UPPFÖLJNING OCH FORTSATT PLAN**

Processteg	Att göra för vårdcentralen
Patienten markeras i SAMSA	Planeringssjuksköterska på vårdcentralen **uppmärksammar** och förmedlar planerat utskrivningsdatum (PUD) till patientens fasta läkarkontakt.
Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt utses	Planeringssjuksköterska **fyller i namn och kontaktuppgifter** till fast vårdkontakt och fast läkarkontakt. Om läkaren har avsatt telefontid så anges även detta.
Telefonkontakt läkare-läkare	Läkare på vårdavdelning **ringer upp** fast läkarkontakt på vårdcentralen under vårdtiden för en överrapportering.
Avdelningsläkare ansvarar för utökad epikris	Fast läkarkontakt kan i den **utökade epikrisen** läsa in sig på, t ex målvikt, målpox, Clinical Frailty Scale och 4AT.
Patienten skrivs ut	I samråd med sjuksköterska i kommunal primärvård **bokas hembesök** in som ska göras **senast inom 7 dagar** från utskrivning. Om patienten har behov av läkarkontakt innan hembesöket, kontaktar sjuksköterska läkare på MÄVA. Läkare kan hänvisa till vårdcentralsläkare om den medicinska frågan inte är kopplad till det aktuella slutenvårdstillfället.
Första veckan efter utskrivning Skanna QR-koden för att svara på enkäten	Vid hembesöket **skrivs en långsiktig medicinsk plan,** planen skrivs i fritext i journalanteckningen**.** Vårdcentralen ansvarar för att sjuksköterska i kommunal primärvård får tillgång till planen enligt lokalt arbetssätt. Sjuksköterskan ansvarar för att lämna planen till patienten. Vårdcentralen **tar alltid över det medicinska ansvaret** i samband med besöket eller **senast efter sju dagar.** I samband med hembesöket fyller läkaren och sjuksköterskan i varsin **enkät som uppföljning** av pilotprojektet. Blad med QR-koder till enkäterna har patienten fått med sig hem i samband med utskrivningen. Länk till enkäterna finns även på Vårdsamverkan Fyrbodals webbplats.

Hitta allt material och mer information om pilotprojektet på Vårdsamverkan Fyrbodals webbplats

Lathund innehåll i medicinsk plan

Nedan är förslag på innehåll/områden med **exempel** att dokumentera i planen.
Var planen dokumenteras beror på mall i respektive journalsystem.

Innehåll/områden	Exempel på innehåll i medicinsk plan
Patienten är delaktig/informerad	
Anhöriga är delaktig/informerad	
Socialt och ADL (Aktiviteter i Dagliga Livet)	*Ensamboende i hus med hemtjänst, KPV och lm-övertag. Tas med lift till rullstol.*
Grundsjukdomar	*Tid stroke med hemipares. Tid hjärtinfarkt och hjärtsvikt EF 30%, Kronisk KAD. Stödstrumpor.*
Behandlingsplan	***Målvärden och gränsvärden:*** *Målsaturation över 90 %. Målvikt 71 kg som följs veckovis. Vid viktuppgång på 2 kg får behandling med vb Furix ges enligt Pascal. Behandlingen startas av sjuksköterska och pågår i sju dagar. Läkaren informeras vid nästa rond.* ***Åtgärder vid försämring:*** *Handlingsplan vid försämring i känd kronisk sjukdom eller vid återkommande akuta medicinska problem.* ***Uppföljning:*** *Ordination om hur ofta allmäntillstånd och vitalparametrar ska kontrolleras, i vilka situationer extra kontroller behövs och vem som bedömer värdena. Ange när sjuksköterska ska återkoppla till läkare och om kontakt endast behövs vid avvikande värden.* ***Specifika ordinationer:*** *KAD får spolas vid behov. KAD får sättas vid residualurin över [gränsvärde]. Vid symtom på KOL-exacerbation får behandling med [läkemedel] startas av sjuksköterska enligt Pascal efter kontakt med läkare. Vid blodsocker över 18 ges [antal] enheter kortverkande insulin.*
Vårdbegränsningar	***Brytpunktssamtal:*** *har genomförts.* ***Sjukhusvård:*** *Patienten önskar sjukhusvård vid försämring och är MÄVA-patient. Kontaktuppgifter: [kontaktuppgifter]. Inga vårdbegränsningar.* *Patienten önskar inte sjukhusvård vid eventuell försämring utan önskar vårdas i hemmet till livets slut.* ***0-HLR:*** *Beslut om 0-HLR har fattats i samråd med patient och närstående.* ***KAD*** *får sättas vid behov.* ***Palliativ vård i livets slut:*** *Trygghetsordinationer förbereds och får startas efter läkarkontakt för att utesluta behandlingsbar åkomma vid försämring samt möjliggöra lindring och god vård i hemmet. Anhöriga är informerade.* ***Delegation för konstaterande*** *av dödsfall ges till sjuksköterska.*
Fast läkarkontakt (PAL)	*Namn på fast läkarkontakt.*

EXEMPEL