

Delregional tillämpning gällande information som dokumenteras i IT-tjänsten SAMSA vid sluten- och öppenvårdsprocess

Innehåll

Innehåll.....	1
Inledning.....	1
Patientadministration	2
Kontakter	2
Vårdbegäran.....	2
Aktivitet och funktion - normaltillstånd	4
Administrativt meddelande	4
Meddelande vård och omsorg.....	4
Planering - Flik Patient.....	4
Planering – Flik ansvar	8
Checklista	11
Utskrivningsklar	12
Utskrivning.....	12

Inledning

Tillämpningen ska vara till stöd för användare av IT-tjänsten SAMSA och förtydliga information som kan behövas vid vårdövergångar samt var informationen ska dokumenteras i SAMSA. Vård- och omsorgsgivarna har ett gemensamt ansvar för att vårdövergången blir trygg, säker och effektiv för den enskilde. Aktuell vårdgivare ansvarar för att nödvändig information är överförd till berörda verksamheter som underlag för insatser från socialtjänst och/eller hälso- och sjukvårdsinsatser. Vid behov av komplettering och/eller förtydliganden av nödvändig information i SAMSA ska informationen efterfrågas av parterna och lämnas skyndsamt.

Vid öppenvårdsprocessen används Vårdbegäran, Meddelande vård och omsorg och Planering, se respektive rubrik nedan.

Vid driftsstörning av IT-tjänsten SAMSA finns reservrutin att följa [Reservrutin - GITS - Gemensam information- och tjänstesamordning i Västra Götaland](#)

Tillämpningen är ett komplement till länsgemensamma riktlinjer och rutiner samt delregional tillämpning:

[Länsgemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Västra Götaland](#)

[Länsgemensam rutin om in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Västra Götaland](#)

[Länsgemensam riktlinje för Öppenvårdsprocessen i Västra Götaland](#)

[Länsgemensam rutin för öppenvårdsprocessen](#)

[Delregional tillämpning gällande in- och utskrivning i slutna- och öppenvårdsprocess](#)

Nedan följer de rubriker som finns i SAMSA och vilken information som dokumenteras under respektive rubrik.

Patientadministration

Under patientadministration dokumenteras kontaktuppgifter till den enskilde, närstående och fast vårdkontakt. Den enskildes senaste folkbokföringsadress uppdateras genom att klicka på knappen "Västfolket". Om vistelseadressen inte är densamma som folkbokföringsadressen så ska även denna anges. Under patientadministration ska alla berörda parter ange och uppdatera information.

Kontakter

Under kontakter anger och uppdaterar alla berörda parter sina kontaktuppgifter till de professioner som är aktuella: Namn, relation och direktnummer, även jourtid.

Vårdbegäran

Vårdbegäran ska sändas i SAMSA till mottagande enhet vid akut eller planerad inskrivning/åtgärd i slutenvården. Vårdbegäran ska också sändas i SAMSA i samband med informationsöverföring mellan vårdgivare i öppenvårdsprocessen gällande inskrivning/utskrivning/åtgärd. Vårdbegäran kan öppnas och skrivas av samtliga professioner från alla vårdgivare. Regionen lägger till val av rehabenhet i de fall den enskilde inte har kommunal primärvård. Patienten stöttas i att välja rehabenhet enligt Vårdval Rehab. Den part som startar processen inhämtar och dokumenterar samtycke i SAMSA. Vårdbegäran ska kompletteras av alla vårdgivare under hela processen. Har den enskilde åkt till sjukhus på eget initiativ ska vårdbegäran skickas i SAMSA i efterhand enligt ovan.

Rubrik i SAMSA	Information
Vårdinitiativ	Den som startar ärendet, välj i rullista med förval.
Orsak till vårdbegäran	Beskriv tydligt vad som är orsaken till att vårdbegäran skrivs och vilket behov som är anledning till att vårdbegäran skickas.
Vidtagna åtgärder	Beskriv ev. risker som identifierats efter gjorda riskbedömningar; trycksår, undernäring, fall, inkontinens. Ange genomförda bedömningar innan vårdbegäran skickas, t.ex. ViSam, läkarbesök, hembesök, aktivets- och funktionsbedömning av AT/FT, utprovning av hjälpmedel. Ange medicinska åtgärder som föregått frågan om eventuell inskrivning i kommunal primärvård, såsom Safe Medication Assessment (SMA), dosettindelning, dosdispensering eller påminnelsehjälpmedel.

	Dokumentera resultat av CFS-skattning om den är gjord i kommunal eller regional primärvård och när den är genomförd. Ange om ev. remiss är skriven till akutmottagning för bedömning.
Boendeform	Beskriv boendeform och boendemiljö, t.ex. trappor, hiss, nivåskillnader, bostadsanpassning finns.
Kommentar till boendeform	Ange vilken typ av boendeform, t.ex. ordinärt boende, säbo, trygghetsboende eller parbo samt personalbemanning, t.ex. dygnet runt och vaken eller sovande jour.
Medsänt	Ange vad som är medsänt; läkemedelslista vid behov, hjälpmedel, speciella läkemedel, privat mobil.
Hälsotillstånd	Beskriv hälsotillstånd/hälsohistoria och eventuellt missbruk, aktuella och kroniska diagnoser som är av vikt, pacemaker och palliativt vårdbehov. Finns trygghetsordinationer och/eller har brytpunktssamtal genomförts? Beskriv personens funktionstillstånd, aktivitet och funktion som uppges i vårdbegäran avser den enskildes habitualtillstånd. Ange hjälpmedel som används i hemmet.
Dosdispenserade läkemedel	JA eller NEJ
Egenvård	Ange om egenvårdsbeslut finns och för vilka insatser.
Remisshantering	Ange om remiss finns kopplad till ärendet.
Kommunala insatser	
Pågående insatser enligt SoL, LSS, LVU, LVM	Ange pågående sociala insatser, antal besök dag/natt, aktuell egenvård ev. privat utförare samt beslut om korttidsboende.
Pågående sjukvårdsinsatser	Beskriv de insatser som pågår t.ex. läkemedelshantering, omläggningar, CVK eller urinkateter.
Pågående rehabiliteringsinsatser	Beskriv de insatser som pågår t.ex. träning eller hjälpmedelsutprovning.
Trygghetslarm	JA eller NEJ
Inskriven i hemsjukvård	JA eller NEJ
Läkemedelsövertag	JA eller NEJ
Öppenvårdsinsatser	
Pågående sjukvårdsinsatser från specialistsjukvård	Beskriv pågående insatser från mottagningar, inbokade besök och planering nästa besök.
Pågående sjukvårdsinsatser från vårdcentral	Ange senast fördjupade läkemedelsgenomgång/symtomskattning, senaste årskontroll och aktuella remisser i samband med utredningar.

Pågående rehabiliteringsinsatser	Ange pågående insatser t.ex. träning, hjälpmedelsutprovning, inplanerade besök samt information om senaste aktivets- och funktionsbedömning av AT/FT.
Insatser från annan verksamhet	Arbetsförmedling Försäkringskassa Arbetsmarknadsinsatser Habilitering

Aktivitet och funktion - normaltillstånd

Normaltillstånd innebär hur den enskilde var innan nyttillkommen sjukdom eller skada. Förtydliga svaren i bedömningen genom att skriva information i kommentarfälten, t.ex. går med hjälp av två personer, sover inte, nutritionsstatus, behov av påminnelser/påstötning/aktiv hjälp, kommunikationsproblem, dålig balans/fallrisk, hjälpmedel, t.ex. gåbord, lift, hörapparat.

Bedömning gjordes: datum

Bedömd nedsättning	Har inte bedömts	Ingen nedsättning 0-4%	Lätt nedsättning 5-24%	Måttlig nedsättning 25-49%	Svår nedsättning 50-95%	Total nedsättning 96-100%	Kommentar
--------------------	------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------------	----------------------------	------------------------------	-----------

Administrativt meddelande

Externt meddelande används för kommunikation med alla berörda. Meddelandet kan användas för att förtydliga att underlag saknas i ärendet. Ingen medicinsk information får dokumenteras här.

Meddelande vård och omsorg

Meddelandet vård och omsorg finns valbart för alla parter och används

- i öppenvårdsärenden.
- i öppenvårdsärenden när en person enbart besökt akutmottagning eller varit föremål för förvägsplanering.
- av rehabiliteringsenheter för patienter som enbart samordnas inom regionens verksamheter.

Planering - Flik Patient

Information i Planering/Patient är viktig att fylla i för att insatser till den enskilde ska kunna planeras, beslutas och påbörjas. Frågor ställs och besvaras under *Behov av vård och omsorg efter denna vårdkontakt enligt vårdpersonalen* respektive *Bedömt behov av rehabiliterings/ habiliteringsåtgärder, bostadsanpassning och hjälpmedel efter denna vårdkontakt*. Datum, profession och enhet ska framgå vid kommentar. Regionen lägger till val av rehabenhet i de fall den enskilde inte har kommunal primärvård. Stötta den enskilde i att välja rehabenhet enligt Vårdval Rehab.

Patientens önskemål, status, vårdförlopp och hjälpbehov

Inskrivningsdatum:

Ansvarig läkare:

åååå-mm-dd

Ange namn:

Inskrivningsorsak/ Kontaktorsak:

Ange ansvarig läkares inskrivningsorsak. Ev. vård enligt LPT.

Behov av vård och omsorg efter denna vårdkontakt enligt patienten själv

Slutenvård/öppenvård/kommun:

Fråga patienten och beskriv utifrån den enskildes egna ord/uppfattning och upplevda behov;

- Vad den enskilde klarar kring omvårdnad som till exempel hjälp med hygien, på/avklädning, hur fungerar förflyttningar med/utan hjälpmedel, toalettbesök (hur ofta), dusch, iordningställande av mat, städ, matinköp.
- Hjälp med urinvägskateter.
- Behov av medicinska och rehabiliterande insatser.
- Ev. nytillkommen information om bostadsmiljö efter att vårdbegäran skrivits, t.ex. trappor, hiss, nivåskillnader, bostadsanpassning finns.
- Behov av stöd till att ta initiativ att utföra vardagsaktiviteter.
- Behov av stöd med läkemedelshanteringen, inköp, dosett, dosdispensering.
- Oro, rädsla/trygghet inför utskrivning. Ensamhet, behov av sociala insatser för att minska ensamhet/isolering Behov av att vistas utomhus, behov av sysselsättning.
- Natt, sömn och eventuellt larm.
- Hemgång med befintliga insatser.
- Hur har det fungerat hemma innan inskrivning.
- Önskar patienten SIP? Förklara vad SIP är.

Behov av vård och omsorg efter denna vårdkontakt enligt närstående

Har närstående samma eller en annan uppfattning än den enskilde? Ställ samma frågor som ovan även till närstående. Var lyhörd. Uttrycker närstående behov av SIP? Informera om SIP.

Behov av vård och omsorg efter denna vårdkontakt enligt vårdpersonalen

Vad **personal** (läkare, sjuksköterska, undersköterska, psykolog, dietist, logoped, kurator, fysioterapeut, arbetsterapeut) bedömer att den enskilde behöver stöd med gällande vård och omsorg enligt nedan efter utskrivning. Personal ska inte skriva vilken insats de anser behövs utan i stället beskriva den enskildes behov.

Här ställs och besvaras frågor både i sluten- och öppenvårdsprocessen.

Här bekräftas att bifogade filer har tagits emot kopplat till öppenvårdsärendet.

- Vad som uppmärksammas under sjukhusvistelsen. Förekomst av självska debeteende, suicidtankar, finns krisplan?
- Är patienten i behov av kontakt med socialtjänst i kommunen för dialog kring insatser, ekonomiskt stöd, bostadslöshet, beroendeproblematik, våld i nära relationer?
- Hjälp med inköp/apoteksärenden? Vilket stödbehov finns?
- Hur sköter den enskilde sina läkemedel? Vilket stödbehov finns? (Medicinpåminnare, anhöriga, dosett, dosdispensering).
- Kan den enskilde ta sig till VGR:s mottagningar utan större svårigheter?

- Är hälso- och sjukvård aktuellt som egenvård? Har den i så fall samverkats? [Länsgemensam riktlinje för egenvård](#)
- Planerade åtgärder och ansvar för uppföljning, till exempel borttagande av kateter, dränage, operation, sårrevision, urinodling, läkemedelsjustering, CVK, TPN.
- Enstaka omläggingsinsatser eller långvarigt behov?
- Provtagning med svar till (mottagare för provtagning fylls i) Hur ofta? Verksamhetsområde - sjukhus eller primärvård?
- Behov av antidecubitus-madrass?
- Behov läkemedelsnära produkter?
- Anser någon part att det finns behov av möte innan utskrivning från sjukhus? Dialog initieras om mötesplanering under denna flik.
- Uppföljning av vikt, vätskeintag, urin/avföring, kontrollröntgen.
- Remiss till primärvården för eventuell fortsatt uppföljning.

Planerade hälso- och sjukvårds- och omvårdnadsåtgärder vid denna vårdkontakt

Slutenvård/öppenvård beskriver planerade åtgärder t.ex.:

- Läkemedelsjustering.
- Planerade operationer/undersökningar/utredningar.
- Planerad uppföljning, insats och ansvar.
- Behov av poliklinisk kontrollröntgen.

Utförda hälso-, sjukvårds- och omvårdnadsåtgärder vid denna vårdkontakt

Skriv vad som har gjorts under vårdtiden gällande nedanstående:

Behandling	<ul style="list-style-type: none"> • Genomförda behandlingar under vårdtiden.
Riskbedömningar, undersökningar och provsvar	<ul style="list-style-type: none"> • Eventuella resultat och när skattning/bedömning har genomförts, t.ex. provsvar, nutrition, trycksår, munhälsa, kognitiv svikt, CFS, fallrisk. • Dietistbedömning • Logopedbedömning
Ortopedtekniska behandlingar	<ul style="list-style-type: none"> • Ortos • Nackkrage • Protes
Palliativ vård	<ul style="list-style-type: none"> • Brytpunktssamtal • Trygghetsordinationer • Symtomlindring. • Remiss till Palliativa teamet? • Remiss till regional primärvård för ställningstagande till fortsatt palliativ vård.
Sårvård	<ul style="list-style-type: none"> • Information om såret är bedömt av läkare, sårstatus, förband, omläggingsintervall och eventuell sårjournal. • Förskrivning av förband enligt REK-listan.
Läkemedel	<ul style="list-style-type: none"> • Finns risk för överdosering av läkemedel? Psykiatrikonsult, öppenvårdsmottagning psykiatri involverad.

	<ul style="list-style-type: none"> • Nya läkemedel, ändrad dos/tid. • Har den enskilde med handledning/instruktion/testat att själv hantera läkemedel?
Katetervård	<ul style="list-style-type: none"> • Kvarliggande urinvägskateter. • Kateterjournal. • Resultat av blåsträning. • Har den enskilde med handledning/instruktion/testat att själv utföra insatsen?
Inkontinens-hjälpmedel	<ul style="list-style-type: none"> • Använder/pågående eller nytillkommet. • Fortsatt förskrivning.

Planerade och utförda rehabiliterings-/habiliteringsåtgärder vid denna vårdkontakt

<ul style="list-style-type: none"> • Avdelningen redogör för om kontakt är tagen med arbetsterapeut/fysioterapeut. • Redogör för bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga samt kognitionsförmåga. • Beskriv den träning som genomförts och hur den fungerar vad gäller t.ex. påminnelse, utförande, uppföljning. • Behov av hjälpmedel utifrån hemmiljön, avstämning med den enskilde och närstående. • Redogör för vilka hjälpmedel som förskrivits. • Redogör för när hjälpmedelslistan är genomgången. 	
Förflyttningsförmåga	<p>Bedömning. Träning.</p> <ul style="list-style-type: none"> • I säng, liggande till sittande och omvänt, sittande till stående och omvänt, Gångfunktion, trappgång (vid behov). <p>Ovanstående med benämning av vilken grad av självständighet med eller utan hjälpmedel: Självständig, tillsyn/uppmuntran/handräckning/stöd av en person eller fler personer.</p>
Aktivitetsförmåga	<p>Bedömning. Träning.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personlig aktivitetsförmåga (omvårdnad). • Klädsel övre/nedre, hygien övre/nedre, duscha, äta, iordningställande av måltid. • P- och I-ADL (personlig och instrumentell) <p>Ovanstående med benämning av vilken grad av självständighet med eller utan hjälpmedel: Självständig, tillsyn/uppmuntran/handräckning/stöd av en person, eller fler personer.</p>
Kognition	<p>Bedömning. Träning.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation. • Höger- eller vänsterhänt. • Neglect. • Sömn. • Larmar. • Svårigheter med planering av vardag. • Initiativförmåga. • Minnesproblematik.

Bedömt behov av rehabiliterings/ habiliteringsåtgärder, bostadsanpassning och hjälpmedel efter denna vårdkontakt

Vad arbetsterapeut, fysioterapeut och/eller logoped bedömer att den enskilde har för behov. **Här ställs och besvaras frågor i både slut- och öppenvårdsprocessen. Här bekräftas att bifogade filer har tagits emot kopplat till öppenvårdsärendet.**

Ange rehabiliteringsbehov:

- Fortsatt förflyttnings-, balans- och gång/trappträning.
- Behov av träning/ fortsatt träning: ADL, förflyttningar, gång, trappgång, minnesträning, specifikt träningsprogram, påminnelse/ utförande/ uppföljning.
- Uppföljning av funktions- och aktivitetsförmåga/ hemsituation.
- Bedömt hjälpmedelsbehov utöver eventuellt tidigare hjälpmedel och vilka hjälpmedel som inte förskrivs/skickas med från SÅS.
- Uppföljning av förskrivna hjälpmedel.
- Uppföljning/bedömning behov av bostadsanpassning.
- Behov av stöd/hjälp vid träning och vilken typ? Instruktion/handräckning? Ortos? Kan den enskilde klara detta själv? Är hälso- och sjukvård aktuellt som egenvård? Har den i så fall samverkats? [Länsgemensam riktlinje för egenvård](#)
- Träningsprogram?
- Epikris?

Hälsotillstånd

- Ev. nytillkommen information om tidigare sjukdomar.
- Gör en fortlöpande uppdatering av hälsotillståndet under vårdtiden.

Aktivitet och funktion - Nuvarande tillstånd (används enbart i slutenvårdsprocessen)

Förtydliga svaren i bedömningen genom att skriva information i kommentarfälten, t.ex. går med hjälp av två personer, sover inte, behov av påminnelser/påstötning/aktiv hjälp, kommunikationsproblem, dålig balans/fallrisk, hjälpmedel t.ex. gåbord, lift, hörapparat.

Bedömning gjordes: *datum*

Bedömd nedsättning	Har inte bedömts	Ingen nedsättning 0-4%	Lätt nedsättning 5-24%	Måttlig nedsättning 25-49%	Svår nedsättning 50-95%	Total nedsättning 96-100%	Kommentar
--------------------	------------------	------------------------	------------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------------	-----------

Planering – Flik ansvar

Verksamheternas plan för att tillgodose patientens behov och önskemål efter denna vårdkontakt

I slutenvårdsprocessen ska dokumentationen i planeringsflik ansvar skrivas i du-form och lämnas ut till den enskilde.

Samordnad individuell plan (SIP) ska genomföras: *datum*

Bedömning gjordes: *datum*

Kommentar angående beslut om Samordnad individuell plan (SIP)

Huvudansvarig fast vårdkontakt

Ja

- SIP erbjuden, då insatser från båda huvudmän behövs.
- Information har getts av huvudansvarig fast vårdkontakt.
- Tid för mötet är överenskommen och samtycke erhållits.

Nej

- Insatser ges inte av båda huvudmän.
- Den enskilde avböjer erbjudande om SIP.
- Den enskilde ska ha öppen psykiatrisk/rättspsykiatrisk tvångsvård och i stället upprättas samordnad vårdplan.

[Samordnad Individuell Plan, SIP - Vårdsamverkan i Västra Götaland för SIP- riktlinje, stödmaterial](#)

Inför permission

Dokumentation sker i SAMSA, i Planering/Ansvar/Inför permission.
Följ checklista för sjukhuset respektive checklista för kommun, enligt delregional rutin.

[Rutin permission](#)

Egenvård

Dokumentera samordning och nytt beslut om egenvård samt för vilken åtgärd.

[Länsgemensam riktlinje för egenvård](#)

Närståendeinsats

Alla parter ansvarar för att dokumentera: Ange vem som hjälper till och med vad.

Läkemedelshantering

Specialistvård och/eller regional primärvård

- Uppdatering av läkemedel är gjord, t.ex. dosettindelning, dosdispenserade läkemedel, injektionsbehandling var fjortonde dag.
- Förskrivning av nyinsatta och dosökade läkemedel för tre månaders förbrukning och läkemedelsnära produkter som behövs för läkemedelsbehandlingen.
- Kompletta genomgången läkemedelslista förmedlas.
- Uppföljning av läkemedel.
- Trygghetsordinationer i palliativ vård.

För att undvika behandlingsavbrott vid utskrivning från sjukhus ska de läkemedel som den enskilde saknar skickas med från avdelningen (så kallade jourdoser) tills dess att apotek kan expediera läkemedlen alternativt till dess att den enskilde med öppenvårdsdos fått sina dosrullar/påsar.

[Regional medicinsk riktlinje Förskrivning av läkemedel till patient vid överföring mellan vårdenheter](#)

[Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen](#)

Antal dagar som läkemedel skickas med för:

Beskriv för hur många dagar läkemedel skickas med, enligt överenskommelse mellan vårdgivare.

Öppenvården ansvarar för

Planerad allmän hälso- och sjukvård efter denna vårdkontakt

Ange vad som kommer utföras t.ex.:

- Uppföljande telefonkontakt.
- Tid för besök.
- Hembesök.
- Återbesök.

Planerad specialiserad hälso- och sjukvårdsinsats efter denna vårdkontakt

Ange vad som kommer utföras och när t.ex.:

- Återbesök.
- Telefonuppföljningar.
- Kontrollröntgen om x veckor.
- Cytostatikabehandling.
- Strålbehandling.
- Utredning.
- Insatser från Psykiatrisk öppenvård.

Planerad rehabiliteringsinsats efter denna vårdkontakt

Arbetsterapeut/Fysioterapeut från öppenvården beskriver här.

- Fortsatta insatser från regional eller kommunal primärvårdsrehab?

Förskrivning av hjälpmedel

- Ange hjälpmedel och/eller läkemedelsnära produkter som förskrivs i öppenvård.

Kommunen ansvarar för

Patienten har insatser från kommunal primärvård sedan innan denna vårdkontakt

- Ange om den enskilde har insatser från kommunal primärvård, ja eller nej.

Patienten kommer få insatser från kommunal primärvård efter denna vårdkontakt

- Ange om den enskilde kommer få insatser från kommunal primärvård, ja eller nej.

Planerad omsorgsinsats efter denna vårdkontakt

- Beskriv planerade insatser alternativt om det inte blir några insatser.
- Planerat hembesök.
- Vilken hemtjänstutförare har patienten valt?
- Info om när insatsen tidigast kan starta.
- Behov av att någon möter upp?
- Digitalt lås ska beställas?
- Om den enskilde får en korttidsplats- när finns platsen tillgänglig?

Planerad hälso- och sjukvårdsinsats efter denna vårdkontakt

- Vilket uppdrag har/får kommunal primärvård? Ange beslut om t.ex. läkemedelsövertag, datum när bedömning gjordes och information om när insatsen tidigast kan starta.

Planerad rehabiliteringsinsats efter denna vårdkontakt

- Beskriv planerade insatser. Information om när insatsen tidigast kan startas.

Förskrivning av hjälpmedel

- Hjälpmedel och/eller läkemedelsnära produkter som förskrivs i kommunen.

Slutenvården ansvarar för

Förskrivning av hjälpmedel och andra insatser

- Beskriv förskrivna hjälpmedel till exempel sårvårdsprodukter/omläggningsmaterial, sonder, sondvälling, gånghjälpmedel, toalettförhöjning, förflyttningshjälpmedel (rullstol/rollator), andningshjälpmedel.
- Ange annan viktig kommunikation/information inför utskrivning.
- Ange vilka hjälpmedel som skickas med vid utskrivning/beställts/är utprovade.

Slutenvården säkerställer kontinuiteten i behandlingen genom att skicka med nödvändiga förbandsmaterial och nutritionsprodukter utifrån den enskildes behov och i överenskommelse med aktuell utförare.

Habiliteringen ansvarar för

Habiliteringsinsats efter denna vårdkontakt

- Beskriv planerade insatser till exempel om habiliteringsteam är inkopplat.

Checklista

Checklistan används enbart i slutenvårdsprocessen.

Checklistan är ett stöd för att säkerställa att nödvändig information finns tillgänglig och, startas i samband med att patienten bedöms vara utskrivningsklar. Se även nedan ”Utskrivningsklar”.

Hemgångsplanering – datum och kommentar kan fyllas i av alla.

Den landstingsfinansierade slutenvården ansvarar för att:

Samordningsansvaret övergått till den Fasta vårdkontakten - datum fylls inte i.

Bekräfta i checklistan att alla delar i listan är omhändertagna.

Vid krav på komplettering måste detta ske för att mottagande part ska kunna bekräfta nödvändig information enligt nedan.

Den landstingsfinansierade öppenvården ansvarar för att:

Markera i checklistan att insatser är bekräftade och säkrade.

Bekräfta nödvändig information/ komplettering krävs/ej bedömt/ej aktuellt. Vid krav på komplettering beskriv vad som efterfrågas.

Bekräfta att bifogade filer har tagits emot kopplat till slutenvårdsärendet.

Kommunerna ansvarar för att:

Markera i checklistan att insatser är bekräftade och säkrade.
Bekräfta nödvändig information/ komplettering krävs/ej bedömt/ej aktuellt. Vid krav på komplettering beskriv vad som efterfrågas.

Bekräfta att bifogade filer har tagits emot kopplat till slutenvårdsärendet.

Kontrollera att alla parter bekräftat nödvändig information och avsluta slutenvårdsärendet i SAMSA.

Hemgångsplanering:

Hemgångsdatum: åååå-mm-dd

Kommentar:

Information kring hemgång och transport skrivs som kommentar under hemgångsplanering.

Slutenvården säkerställer att information finns om följande:

- Att den enskilde informerats om sjukresa.
- Vilken tid förväntas den enskilde komma hem.
- Tid för beställd transport.
- Val av transport - sjukresa, taxi, närstående, annat.
- Behov och beställning av trappklättrare. Om trappklättrare behövs ta även reda på om det är en svängd trappa, spiraltrappa eller brant trappa.

Kommunen säkerställer att information finns om följande:

- Fullständig adress, ev. enhetsnamn, nummer på ingång och eventuell portkod till korttidsplats eller särskilt boende.

Utskrivningsklar

Behandlande läkare bedömer att den enskilde är utskrivningsklar, det vill säga inte längre har behov av den slutna vårdens resurser.

Slutenvården säkrar att nödvändig information är överförd till berörda verksamheter, och att den enskilde är informerad. Detta görs i checklistan, se ovan.

Därefter meddelar slutenvården berörda verksamheter om att den enskilde är utskrivningsklar.

Utskrivning

Kommunen ansvarar för att avsluta ärendet i SAMSA när alla parter har kvitterat meddelandena i ärendet.