

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Giltig från: 2025-09-25

Innehållsansvar: Helen Simonen, (helsi10), Utvecklingsledare

Giltig till: 2026-11-15

Granskad av: Helen Simonen, (helsi10), Utvecklingsledare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jern1), Chefläkare

In- och utskrivningsprocessen, SÄS

Sammanfattning

Rutinen innehåller information om arbetssättet som krävs för att följa Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård [1].

Förändringar sedan föregående version

Ny rutin, ersätter tidigare rutin Trygg och säker utskrivning- arbetssätt samt ansvarsfördelning per yrkeskategori och funktion, SÄS.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Förändringar sedan föregående version	1
Förutsättningar	2
Ansvar	2
Läkare	2
Sjuksköterska	2
Undersköterska	3
Utskrivningskoordinatorer	3
Farmaceut och apotekare	3
Rehabiliteringspersonal.....	3
Dietist, logoped, rehab koordinator, kurator, psykolog och/eller annan hälso- och sjukvårdspersonal som har en vårdkontakt med patienten.....	3
Genomförande	3
Dokumentation i journalen	3
Dokumentation och planering i SAMSA	3
Nödvändig information.....	4
Dokumentinformation.....	5
Länkförteckning.....	5
Bilaga 1. Checklista för SÄS i samverkan och kontakt med annan vårdgivare, Södra Älvsborg	6
Bilaga 2. Tillägg ”som stöd” vid den aktuella vårdkontakten.....	7

Förutsättningar

Respektive profession och verksamhet bär ansvar att tillföra nödvändig dokumentation enligt lag och att informationsöverföring mellan vårdgivare och annan aktör i samband med In- och utskrivningsprocessen fungerar sömlöst på ett patientsäkert sätt alla dagar i veckan dygnets samtliga timmar.

Patienter som är i behov av samverkan med regional primärvård, rehab mottagning, kommunal primärvård, Socialtjänst eller LSS hanteras den samverkande planeringen i det aktuella IT-system som finns.

Ansvar

Respektive profession säkerställer och ansvarar för att dokumentation sker i realtid och att nödvändig dokumentation för samverkan finns och att informationsöverföring i form av rapport, fax och att medskick i form av läkemedel och hjälpmedel utförs. Nedanstående professioner ingår och bär ansvar att dokumentera sin del i patientens journal:

Läkare

Läkare ansvarar för att:

- skriva in patient.
- sätta ett realistiskt datum för planerad utskrivning (PUD).
- dokumentera och planera för den vård och behandling som behövs för det aktuella vårdtillfället.
- ta ställning till om fortsatt vård kan ges i hemmet.
- ta ställning till vårdnivå och andra nödvändiga ställningstaganden som är av vikt.
- sammanfattar vårdtiden med epikris och slutanteckning.
- skriver recept, egenvårdsintyg och säkerställer att patientens läkemedelslista är aktuell och uppdaterad.
- Skriver remiss om behov av medicinsk uppföljning av regional primärvård finns.

Sjuksköterska

Sjuksköterska ansvarar för att:

- dokumentera vårdtidssammanfattning/slutanteckning.
- skriva egenvårdsintyg och remiss för sjuksköterskeuppföljning.
- ge rapport vid behov och enligt överenskommelse.

Undersköterska

Undersköterskan ansvarar för att:

- dokumentera riskbedömningar och vidta åtgärder till detta.
- dokumentera omvårdnadsstatus.
- dokumentera aktivitets- och funktionsbedömning.

Utskrivningskoordinatorer

- Ansvarar för planering tillsammans med övrig vårdpersonal och dokumentation av planering i aktuellt IT system och i patientjournalen.

Farmaceut och apotekare

- Dokumenterar läkemedelsgenomgång och medskickade läkemedel i aktuellt IT system och i patientjournalen.

Rehabiliteringspersonal

- Dokumenterar bedömning, epikris, slutanteckning och förskriver hjälpmedel. Dokumentation sker i aktuellt IT system och i patientjournalen.
- Skriver remiss om behov av övertag eller uppföljningsbehov finns.

Dietist, logoped, rehab koordinator, kurator, psykolog och/eller annan hälso- och sjukvårdspersonal som har en vårdkontakt med patienten

- Dokumenterar insatser och bedömningar i aktuellt IT system och i patientjournalen. Skriver remiss om behov av övertag eller uppföljningsbehov finns.

Genomförande

Dokumentation i journalen

All journalföring och dokumentation sker av respektive profession och vårdkontakt.

Den information och planering som dokumenteras i SAMSA ska också dokumenteras också i patientens journal. Dokumentation om planering, insatser och beslutade insatser dokumenteras i mallen för utskrivningsplanering samt i patientbakgrunden.

Dokumentation och planering i SAMSA

För patienter där planering sker i IT-systemet SAMSA ansvarar utskrivningskoordinator eller annan legitimerad personal med behörighet

till systemet att dokumentera och planera för de insatser som SÄS ansvarar för. Dokumentationen görs i *planeringsfliken* och i *ansvarsfliken* i SAMSA.

Nödvändig information

Viktigt att säkerställa att nödvändig information och informationsöverföring säkerställs genom dokumentation, telefonrapport och fax enligt rutin.

Utgå från delregional rutin [Nödvändig information i SAMSA vid in- och utskrivning i slutenvård.](#)

Se även bilaga 1, [Checklista för SÄS i samverkan och kontakt med annan vårdgivare, Södra Älvsborg.](#) samt bilaga 2, [Tillägg ”som stöd” för SÄS.](#)

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Helen Simonen, utvecklingsledare, stab för kvalitet och tillgänglighet

Remissinstanser

Verksamhetschefer, SÄS

Fastställt av

Jerker Nilson, chefläkare, SÄS

Nyckelord

Journalföring, journaldokumentation, förhandsplanering av vård, patientinformation, delaktighet, personcentrering, personcentrerad vård, informationsöverföring, utskrivningsklara, utskrivningar, SAMSA, Samsa, samsa, vårdsamverkan, vårdadministration, vårdplanering, utskrivning, samverkan.

Länkförteckning

- [Länsgemensam riktlinje för egenvård](#)
- [Länsgemensam rutin för hälso- och sjukvårdsinsatser som är bedömda att kunna utföras som egenvård för barn och unga på korttidsvistelse LSS.](#)
- [Regional medicinsk riktlinje Förskrivning av läkemedel till patient vid överföring mellan vårdenheter](#)
- [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen](#)
- [Rutin permission](#)

Bilaga 1. Checklista för **SÄS** i samverkan och kontakt med annan vårdgivare, Södra Älvsborg

Gäller både öppenvård och slutenvård.

Säkerställ alltid att följande finns i patientens journal:

- Sök/kontaktorsak** (vid kontakt med annan vårdgivare)
- Fast vårdkontakt** (namn, relation, direktnummer även jourtid)
(Gäller endast mottagningar och specialiserade team).
- Min Plan**
(Gäller mottagningar, specialiserade team och patienter som har behov av samverkan inom slutenvårdens In- och utskrivningsprocess).
- Uppdaterad bakgrundsinformation
- Uppdaterad läkemedelslista
- Uppdaterad och förmedlat hjälpmedelsbehov (Rehab anteckning)
- Övrig bedömning med åtgärder (Dietist, logoped) dokumenterad journalanteckning.

Finns följande klart inför utskrivning eller kontakt med annan vårdgivare:

- Aktuell läkemedelslista
- Läkaranteckning
- Anteckning från rehab
- Sammanfattning/Anteckning från sjuksköterska
- Riskbedömningar och beskrivna åtgärder.
- Egenvårdsintyg (om patient behöver hjälp med utförande av insats).
- Vård- och behandlingsplaner som exempelvis; Sårjournal med instruktion av tillvägagångssätt, material, omläggningsfrekvens och uppföljningsbehov.
- Min Plan eller SIP**

Finns följande beskrivet om behov av nytillkomna insatser och inskrivning i regional primärvård eller hemtjänst finns.

- Vilket behov patient har med hjälp kring läkemedelshanteringen (Apodos, dosett, sköter själv, delvis, behov av stöd/påminnelse).
- Vilka hjälpmedel och stöd i ADL (Aktivitets- och funktionsbedömning) inklusive övriga insatser exempelvis städ, tvätt och inköp finns och efterfrågar patienten.
- Dokumentera hur planen ser ut i Min Plan, Mål och aktiviteter genom övergripande rubriker & Vilka insatser den enskilde önskar och har behov av.
- Finns planerad uppföljning tydligt beskrivet i Mål och Aktiviteter.
- Inför hemresa: Är transport bokad, typ av transport, tid osv. är detta förmedlat.
- Finns all nödvändig dokumentation förmedlad/medskickat.
- Medskick av nytillkommet material och ev. läkemedel samt inkontinenshjälpmedel och provtagningsunderlag.

Bilaga 2. Tillägg **”som stöd”** vid den aktuella vårdkontakten

Planerade hälso- och sjukvårds- och omvårdnadsåtgärder
Uppdatera med;

- läkemedelsjustering
- planerade operationer/undersökningar
- återbesök till vårdcentral för uppföljning
- behov av poliklinisk kontrollröntgen

Utförda hälso-, sjukvårds- och omvårdnadsåtgärder

Uppdatera med;

- Behandling.
- Riskbedömningar, undersökningar och provsvar. Resultat om det är relevant för insatser efter vårdtiden.
- Brytpunktssamtal.
- Trygghetsordinationer.

Permission

Dokumentera och planera/Ansvar/Inför permission.

Följ checklista för sjukhuset respektive checklista för kommun, enligt delregional rutin.

[Rutin permission](#)

Egenvård

[Rutin egenvård](#)

Läkemedelshantering regional primärvård och SÄS

- Uppdatering av läkemedel (allas ansvar).
- Förskrivning av nyinsatta och dosökade läkemedel ansvarar sjukhuset för tre månaders förbrukning och läkemedelsnära produkter som behövs för läkemedelsbehandlingen.

För att undvika behandlingsavbrott vid utskrivning från sjukhus ska de läkemedel som patienten saknar skickas med från avdelningen (så kallade jourdoser) tills dess att apotek kan expediera läkemedlen, respektive till dess att dospatienten har fått sina dosrullar.

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

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

Sårvård	<ul style="list-style-type: none"> Sårjournal. Sårstatus, förband, omlägningsintervall mm
Läkemedel	<ul style="list-style-type: none"> Nya läkemedel, ändrad dos/tid.
Katetervård	<ul style="list-style-type: none"> Typ av urinvägskateter. Resultat av blåsträning. Har patienten handledning/instruktion/testat att själv utföra insatsen, Kan egenvård vara aktuellt?
Provtagning	<ul style="list-style-type: none"> Ordination och provtagningsunderlag
Risk för undernäring	<ul style="list-style-type: none"> Dietistkontakt.
Uppföljningar	<ul style="list-style-type: none"> Vikt. Vätskeintag. Urin/avföring. Kontrollröntgen. Övriga remisser.
Risk för trycksår	<ul style="list-style-type: none"> Resultat och åtgärder av trycksårsbedömning.
Risk för fall	<ul style="list-style-type: none"> Fallriskbedömning vidta nödvändiga åtgärder och kontakt med rehab.
Inkontinens-hjälpmedel	<ul style="list-style-type: none"> Förskriv och förmedla behov av förskrivning.
Logoped	<ul style="list-style-type: none"> Bedömning Språk, kommunikation Svalgfunktion
Förflyttnings-förmåga	<ul style="list-style-type: none"> Bedömning. Träning. I säng, liggande till sittande och omvänt, sittande till stående och omvänt, Gångfunktion, trappgång (vid behov). Behov av hjälpmedel utifrån hemmiljön, avstämning med patient och anhöriga.
Aktivitets-förmåga	<ul style="list-style-type: none"> Personlig aktivitetsförmåga (omvårdnad). Klädsel övre/nedre, hygien övre/nedre, duscha, äta, iordningställande av måltid.

	<ul style="list-style-type: none">• Ovanstående med benämning av vilken grad av självständighet med eller utan hjälpmedel: Självständig, tillsyn/uppmuntran/ handräckning/stöd av en person, eller fler personer.
--	---

Bedömt behov av rehabiliterings/ habiliteringsåtgärder, bostadsanpassning och hjälpmedel

<ul style="list-style-type: none">• 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.• Uppföljning av förskrivna hjälpmedel.
--

Förskrivning av hjälpmedel

<ul style="list-style-type: none">• Beskriv förskrivna hjälpmedel t.ex. sårvårdsprodukter/omläggingsmaterial, sonder, sondvälling, gånghjälpmedel, toalettförhöjning, förflyttningshjälpmedel (rullstol/rollator), andningshjälpmedel.• Annan viktig kommunikation/information inför utskrivning.• Vilka hjälpmedel skickas med vid utskrivning/beställts/är utprovade. <p>Slutenvården säkerställer kontinuiteten i behandlingen genom att skicka med nödvändiga förbandsmaterial och nutritionsprodukter för tre dagar eller till nästföljande hela vardag.</p>

Habiliteringsinsats efter denna vårdkontakt

Beskriv planerade insatser t.ex. habiliteringsteam inkopplat.

Beslut om Samordnad individuell plan (SIP)

<p>Huvudansvarig fast vårdkontakt</p> <p>Ja</p> <ul style="list-style-type: none">• SIP erbjuds då insatser från flera huvudmän behövs.• Huvudansvarig fast vårdkontakt samordnar SIP'en.• Tid för mötet är överenskommen och samtycke erhållits. <p>Nej</p> <ul style="list-style-type: none">• Insatser ges inte av båda huvudmän.• Patienten avböjer erbjudande om SIP.• Patienten ska ha öppen psykiatrisk/rättspsykiatrisk tvångsvård och i stället planeras med hjälp av samordnad vårdplan. <p>Samordnad Individuell Plan, SIP - Vårdsamverkan i Västra Götaland för SIP- riktlinje, stödmaterial</p>

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Helen Simonen, (helsi10), Utvecklingsledare

Granskad av: Helen Simonen, (helsi10), Utvecklingsledare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-354

Version: 15.0

Giltig från: 2025-09-25

Giltig till: 2026-11-15