



# Prator

## Bakgrund/problem att lösa

Prator är det digitala kommunikationsstöd som används av patientens olika vårdaktörer för att planera en gränslös och säker vård för den enskilde. Blekingerutinerna talar om för huvudmännen hur samverkan som dokumenteras i Prator skall genomföras. Rutinerna följs idag olika väl på olika enheter och olika lokala rutiner har formats över tid. Detta leder till bristande samsyn kring patientens behov av vård och omvårdnad. Detta drabbar den enskilde patienten vars vårdkedja inte löper på smidigt och ibland inte utan risk för patientsäkerheten. Bättre kunskap om och följsamhet till Blekingerutinerna behövs.

## Syfte

**Övergripande:** Rätt och aktuell information om patienten till sjukhus/primärvård/kommun gynnar patienten, kortar vårdtiden och höjer kvalitén.

## Syfte med de olika delarna i Prator

**Inskrivning:** En aktuell uppdatering kring patientens habitualstatus ger rätt förutsättningar för slutenvården att planera de insatser som behöver genomföras under vårdtillfället för att säkerställa säker och effektivt omhändertagande efter sjukhusvistelsen.

**Utskrivningsrapport:** Kommun och primärvård får rätt information för att kunna planera stöd för den enskilde inför utskrivning. Förebygger SIP under slutenvårdstillfället och kortar vårdtiden.

**Kommunklar:** Ger slutenvården information om när alla insatser är färdigplanerade och patienten kan skrivas ut från sjukhuset och på ett säkert sätt tas emot i hemmet.

## Övergripande beskrivning av lösning

1. **Vårdrapport** i Prator hålls uppdaterad av kusk (kvalitets-undersköterska). Information som förändrats sedan vårdrapport uppdaterats skickas i extrameddelande.
2. **Inskrivningsmeddelande** till Regionen uppdateras noggrant av alla professioner i kommunen och fylls i med allt som man känner till om patienten.
3. **Utrappport** till primärvård/kommun kvalitetssäkras genom att alla regionens vårdavdelningar använder samma checklista (finns på avdelning 37). Biståndshandläggare, kommunens sjuksköterskor med flera använder utrapporten fortlöpande som underlag för bedömning av utökade insatser.

4. **Kommunklar;** biståndshandläggare gör en sammanfattning i kommentarsfält från de olika vårdgivande professionerna i kommun dvs. sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, biståndshandläggare.  
Undantag i rutinen för korttidsboende och SÄBO där sjuksköterska istället utför uppgiften.

### Effektmål

- Antal uppdaterade vådrapporter, skall öka mellan första och andra piloten. Utförs genom journalgranskning via slutenvård vid inskrivning.
- Färre SIP under slutenvård. Jämförelse mellan första och andra pilot.
- Minskad medelvårdtid. Månadsvis mätning.
- Minskat antal dagar från utklar till hemgång. Månadsvis mätning.
- Minskat antal återinläggningar inom 30 dagar. Månadsvis mätning.

### Ansvar och roller

1. **Vårdrapport:** Kusk uppdaterar denna efter uppdatering av genomförandeplan (ca gång/mån eller vid förändring hos pat.)
2. **Inskrivningsmeddelande:** Alla professioner (sjuksköterska eller undersköterska i region, sjuksköterska i kommun, arbetsterapeut i kommun, fast vårdkontakt i primärvård, biståndshandläggare i kommun, sjukgymnast/fysioterapeut i kommun).
3. **Utrapp:** De olika delarna skrivs av sjuksköterska eller undersköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och läkare i region.
4. **Kommunklar** biståndshandläggare gör en sammanfattning i kommentarsfält från de olika inblandade professionerna (sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, biståndshandläggare i kommun). Undantag för korttidsboende och SÄBO där sjuksköterska istället utför uppgiften.

### Beskrivning av process

Var god se flödesschema i bilaga 3



## Bilagor

1. Blekingerutinerna
2. Checklista för utskrivning
3. Process som flödesschema



# Överenskommelse mellan Landstinget Blekinge och kommunerna i Blekinge om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Oktober 2017

Version 1.0

Ärendenummer:2017/01317

Dokumentnummer:2017/01317-1



## Innehållsförteckning

Överenskommelsens parter .....	3
1 kap. Syfte och mål .....	3
1.1 Syfte .....	3
1.2 Mål .....	3
2 kap. Huvudprinciper för samverkan.....	3
3 kap. Definitioner.....	4
3.1 Målgrupp.....	4
3.2 Landstingsfinansierad öppen vård.....	4
3.3 Hemmet.....	4
3.4 Fast vårdkontakt .....	4
3.5 Utskrivningsklar .....	4
3.6 Säker utskrivning.....	4
4 kap. Parternas ansvar .....	4
4.1 Kommunens ansvar.....	5
4.2 Landstingets ansvar .....	5
4.2.1 Slutenvård .....	5
4.2.2 Öppenvård.....	6
4.2.3 Öppen psykiatrisk tvångsvård.....	6
5 kap. Processen kring trygg och effektiv utskrivning.....	6
6 kap. Stödsystem för informationsöverföring.....	6
7 kap. Ekonomisk reglering.....	7
8 kap. Tvist .....	7
9 kap. Uppföljning, utvärdering och revideringar i överenskommelsen.....	8
10 kap. Överenskommelsen ikraftträdande och upphörande .....	8



## Överenskommelsens parter

- Landstinget Blekinge
- Karlskrona kommun
- Ronneby kommun
- Karlshamns kommun
- Sölvesborgs kommun
- Olofströms kommun

Kommunerna kallas nedan gemensamt *kommunerna* och var för sig *kommun*. Landstinget Blekinge kallas *landstinget*. Kommunerna och Landstinget gemensamt kallas nedan *parterna*.

## 1 kap. Syfte och mål

### 1.1 Syfte

Syftet med överenskommelsen är att fastställa berörda parter och dess utförares ansvar vid utskrivning från slutenvård till öppenvård samt kommunal vård och omsorg.

Överenskommelsens parter har tillse att den egna organisationen och dess arbetssätt möjliggör och underlättar för övriga parter att fullgöra sina uppdrag om en god vård och omsorg till länets befolkning.

För att reglera processen kring säker och effektiv utskrivning gäller, av LSVO beslutad samverkansmodell, SAMSPEL med länsgemensamma riktlinjer som stöd i det vardagliga arbetet samt övriga beslutade gällande avtal.

### 1.2 Mål

Vård- och omsorgsprocessen i Blekinge ska vara säker och effektiv för den enskilde d.v.s. uppfylla den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Utifrån den enskildes upplevda behov, resurser och förmågor deltar den enskilde i planering och beslut. Överenskommelsens parter skall tillse att vården ges på rätt vårdnivå, av rätt utförare, samt i så stor utsträckning som möjligt i den enskildes hemmiljö. Genom ett tillitsfullt samarbete med den enskildes bästa i fokus skall alla utskrivningar från den slutna vården till hemmet ske så snart som möjligt efter att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.

## 2 kap. Huvudprinciper för samverkan

Den enskildes livskvalitet står i centrum för överenskommelsens parter.

- Den enskildes och närståendes resurser tas tillvara genom en god dialog
- Vård och omsorg utgår från den enskildes behov och situation

Huvudmännan är varandras förutsättningar för att åstadkomma goda insatser ur ett helhetsperspektiv för den enskilde.

Förhållningssätt:

- Positiv samverkanskultur råder
- Tillit till varandra präglar möten och andra kontakter på alla nivåer
- Förtroende finns för varandras kompetens
- Insatser som ska ges av annan huvudman utlovas inte
- Lojalitet mot fattade beslut och gällande rutiner är en självklarhet



## 3 kap. Definitioner

### 3.1 Målgrupp

Målgruppen är personer, i alla åldrar, som efter det att de skrivits ut från slutna vård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Med öppen vård avses annan hälso- och sjukvård än slutna vård. I denna överenskommelse menas sjukhusets öppenvårdsmottagningar, psykiatrins öppenvårdsmottagningar och primärvård.

### 3.2 Landstingsfinansierad öppen vård

Innefattar både öppenvårdsmottagningar inom specialistvården och primärvården. I de flesta fall innebär det vårdcentral eller psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

### 3.3 Hemmet

Med hemmet avses både ordinärt och särskilt boende.

### 3.4 Fast vårdkontakt

I denna överenskommelse avses den fasta vårdkontakt som verksamhetschefen inom landstingets öppna hälso- och sjukvård, i samband med utskrivning från slutna vård, utser till fast vårdkontakt för patienten.

### 3.5 Utskrivningsklar

Med utskrivningsklar avses att en patients hälsotillstånd är sådant att den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården.  
(socialstyrelsens termbank)

### 3.6 Säker utskrivning

Med säker utskrivning avses att samtliga kriterier nedan är uppfyllda innan utskrivning sker. behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar

- patienten har fått skriftlig information inför hemgång
- fast vårdkontakt har utsetts i den landstingsfinansierade öppna vården
- nödvändig information, enligt vårdhandboken, för den enskildes fortsatta hälso- och sjukvård och socialtjänst har överförts till de enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande
- nödvändiga hjälpmedel och medicinteknisk utrustning från Landstinget är tillgängliga för patienten. Vad som är nödvändigt i det enskilda fallet beslutas i samverkan under planeringsprocessen. Omgivningsfaktorer i patientens hemmiljö kan vara avgörande.
- kommunens socialtjänst och/eller hemsjukvård är aktiverad och beredd att ta emot och utföra eventuella insatser.

## 4 kap. Parternas ansvar

Alla parter har ansvar för att kunna genomföra säkra och effektiva planeringsprocesser.

Parterna ska tillhandahålla resurser och informationsöverföringssystem så att den enskilde kan komma hem på ett tryggt sätt efter en slutenvårdsvistelse.



En samordnad individuell plan ska upprättas när den enskilde har behov av insatser som behöver samordnas från mer än en vård- och omsorgsgivare d.v.s. även internt inom en och samma huvudman. En samordnad individuell plan ska upprättas om den enskilde begär det eller om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det.

Utskrivningsprocessen ska organiseras på ett sådant sätt att samordnad individuell planering i huvudsak kan utföras efter utskrivning från den slutna vården. I särskilda fall ska samtliga parter kunna initiera till en samordnad individuell planering som ska genomföras innan utskrivning från slutna vård.

Alla berörda parter har ansvar för att medverka till att en samordnad individuell plan upprättas och följs upp oavsett vilken part som tar initiativet.

Genom god och säker läkemedelsbehandling, riskbedömningar och bedömning av hälsotillståndet av den enskilde i hemmet enligt systematisk bedömningsstruktur kan inskrivning i slutna vård undvikas. Parterna ska arbeta strukturerat med det vårdpreventiva arbetet.

#### **4.1 Kommunens ansvar**

Kommunen ansvarar för att deras folkbokförda personer kan lämna den slutna vården när de bedöms som utskrivningsklara.

Innan utskrivning ska kommunen, utifrån sitt ansvarsområde, säkerställa att kriterier för säker utskrivning är uppfyllda.

Att varje medborgare erbjuds ett boende är ett kommunalt ansvar. Kommunens företrädare i planeringen av vården har ansvar för att bristen på bostad inte försenar utskrivningsprocessen.

Om den enskilde är folkbokförd i en annan kommun är vistelsekommunens ansvar begränsat till akuta situationer som har uppstått oväntat och oförutsett. Kommunen bedömer vilka insatser som är nödvändiga i varje enskilt fall.

När socialtjänst och/eller hemsjukvård får ett inskrivningsmeddelande ska enheten omgående inleda sin planering av nödvändiga insatser.

Kommunen ansvarar för att i förekommande fall, efter samtycke från den enskilde, delge information till den slutna vården om personens aktuella hälsotillstånd, sociala situation och boendemiljö.

Kommunen har skyldighet att medverka när landstinget kallar till samordnad individuell planering.

Kommunen arbetar proaktivt för att minska behov av slutna vård genom att initiera och kalla till samordnad individuell planering då deras insatser inte är tillräckliga eller behöver samordnas med andra vårdgivare

#### **4.2 Landstingets ansvar**

##### **4.2.1 Slutenvård**

Den slutna vården ska omgående inleda sin planering av nödvändiga insatser för en säker och effektiv utskrivning.





Innan inskrivningsmeddelande skickas ska, om möjligt, samtycke inhämtas från den enskilde. Kommunen och berörda öppenvårdsenheter i den landstingsfinansierad öppna vården ska, genom inskrivningsmeddelande, inom 24 timmar efter inskrivning eller så snart som möjligt underrättas om att den enskilde är inskriven. Inskrivningsmeddelandet ska innehålla personuppgifter samt uppgift om beräknad utskrivningsdag. När den enskilde lämnat samtycke ska även inskrivningsorsak anges.

Läkare i slutna vård ansvarar för bedömning av om patienten är utskrivningsklar.

Innan utskrivning ska den slutna vården, utifrån sitt ansvarsområde, säkerställa att kriterier för säker utskrivning är uppfyllda.

Slutenvården har skyldighet att medverka i samordnad individuell planering om öppenvård eller kommun kallar.

#### **4.2.2 Öppenvård**

När den öppna vården får ett inskrivningsmeddelande ska enheten omgående inleda sin planering av nödvändiga insatser.

Verksamhetschef inom landstingsfinansierad öppen vård utser fast vårdkontakt snarast möjligt efter att inskrivningsmeddelande erhållits. Fast vårdkontakt ska ha utsetts innan personen skrivs ut från den slutna vården.

Den utsedda fasta vårdkontakten ska, om patienten efter utskrivningen bedöms behöva insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, kalla till samordnad individuell planering senast tre dagar efter att en underrättelse mottagits om att patienten är utskrivningsklar.

#### **4.2.3 Öppen psykiatrisk tvångsvård**

För patienter som ska skrivas ut till öppen psykiatrisk tvångsvård måste en samordnad vårdplan enligt 7a § lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård ha upprättats innan patienten skrivs ut från den slutna vården.

### **5 kap. Processen kring trygg och effektiv utskrivning**

En patientsäker och effektiv utskrivning sker genom en strukturerad process som börjar redan vid inskrivning och sker i nära samarbete med den enskilde, närstående och andra aktörer (om den enskilde medger). Detta förutsätter en välinformerad individ som är delaktig i planeringen av och i besluten om planerade åtgärder.

Samarbetet i processen kring säker och effektiv utskrivning ska stödjas av länsgemensamma riktlinjer, SAMSPÉL, för att säkra och ge utrymme för en i högre grad individualiserad planeringsprocess för särskilt utsatta individer.

### **6 kap. Stödsystem för informationsöverföring**

Ett gemensamt stödsystem för informationsöverföring används av parterna. Systemägare och systemförvaltare är Landstinget Blekinge.



Landstinget Blekinge ansvarar för att stödsystemet är kvalitetssäkrat för att användas vid uppföljning av planeringsprocessen och vid beräkning i ersättningsmodellen.

Landstinget Blekinge är ansvarig för att parterna informeras om nyheter och ändringar i stödsystemet samt att parterna ges förutsättningar att utbilda sina användare.

Kostnaden för stödsystemet regleras i separat överenskommelse mellan parterna.

## 7 kap. Ekonomisk reglering

När överenskommelsen har trätt i kraft är parterna överens om att kommunernas ersättning till landstinget för utskrivningsklara patienter på individnivå enligt betalningsansvarslagen upphör.

För varje kalenderår fastställs ett genomsnittligt antal kalenderdagar som gräns för när kommunernas ersättningskyldighet ska inträda. För 2018 har antalet genomsnittliga dagar fastställts till 3,0 kalenderdagar. Parterna är överens om att LSVO, senast under november månad varje år, fastställer gränsen för antalet genomsnittliga kalenderdagar för nästkommande kalenderår.

Vid utskrivning från slutna psykiatrisk vård gäller separat övergångsbestämmelse vad gäller så kallade fristdagar under 2018. Individuellt betalningsansvar inträder 20 dagar efter att den enskilde bedömts som utskrivningsklar. Från och med 2019 gäller samma regler för den ekonomiska regleringen inom såväl somatisk som psykiatrisk vård.

Representanter från varje kommun och landstinget ska månatligen kontrollera följsamheten till överenskommelsen. Om det genomsnittliga antalet dagar i slutna vård överstiger tre dagar ska en gemensam analys och lämpliga åtgärder genomföras. Om problemet kvarstår månad tre ska kommunen ersätta landstinget på individnivå från och med månad fyra. Basen för beräkningen är då de vårdkedjor med utskrivningsklardagar mer än tre (3) dagar. Dagen efter den enskilde bedömts som utskrivningsklar räknas som dag 1.

Den ekonomiska regleringen hanteras kommunvis. Patienter som rapporterats som utskrivningsklara men där kriterier för säker utskrivning inte är uppfyllda omfattas inte av den ekonomiska regleringen.

När det genomsnittliga antalet dagar är tre eller färre under tre sammanhängande månader upphör landstingets krav på ersättning.

Det belopp som regeringen har ansvar för att årligen fastställa och som motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vårddyg i den slutna vården (beräknat till ca 6000 kronor 2017), är det som ska användas vid eventuell ekonomisk ersättning från kommunerna till landstinget. Beloppet omräknas årligen med hänsyn till utvecklingen av kostnader för vårdplatser i den slutna vården.

## 8 kap. Tvist

Lag(2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård reglerar sådant rörande utskrivningen som inte behandlas av föreliggande överenskommelse eller tillhörande rutiner.



Tvister och samarbetsproblem löses i första hand på lokal chefsnivå. Om problemet inte kan lösas där lyfts frågan via berörd verksamhetsgrupp till den länsgemensamma ledningsgruppen för vård och omsorg (LSVO). Kan frågan inte lösas här lyfts frågan vidare inom den Regionala samverkansstrukturen.

Vid tvist som inte kan lösas enligt ovan får frågan lyftas till domstol.

## **9 kap. Uppföljning, utvärdering och revideringar i överenskommelsen**

Utvärdering och uppföljning av överenskommelsen ska följa av LSVO särskilt upprättad plan.

Ändring av och tillägg till denna överenskommelse ska, för att vara bindande, vara skriftliga samt undertecknade av parterna och i förekommande fall godkända av parternas beslutande organ.

Beslut om ändringar av mindre betydelse och som inte påverkar överenskommelsens huvudsakliga innehåll, exempelvis språkliga ändringar, anpassning till förändringar i lagtext eller nationella riktlinjer, kan initieras och godkännas av den strategiska ledningsgruppen, LSVO. Dessa ändringar ska dokumenteras och biläggas överenskommelsen.

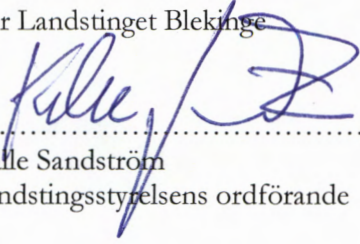
## **10 kap. Överenskommelsen ikraftträdande och upphörande**

Denna överenskommelse gäller från 180201 och tills vidare men med möjlighet till revidering inför 2019. Parterna är överens om att samverkansrutiner och ekonomisk reglering enligt Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (1990:1404), ska gälla till och med 2018-01-31.

Överenskommelsen kan sägas upp i sin helhet och för samtliga parter efter beslut i Regionala samverkansrådet.

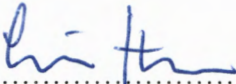
Denna överenskommelse har upprättats i 6 likalydande exemplar och utväxlats mellan parterna.

För Landstinget Blekinge



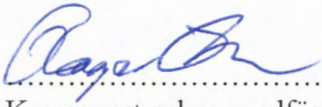
Kalle Sandström  
Landstingsstyrelsens ordförande

För Karlskrona kommun



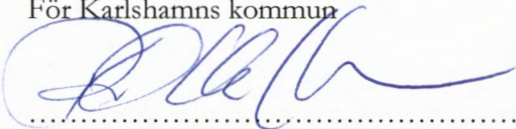
Kommunstyrelsens ordförande

För Ronneby kommun



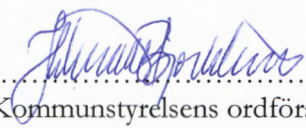
Kommunstyrelsens ordförande

För Karlshamns kommun



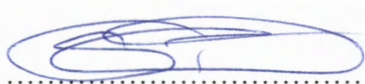
Kommunstyrelsens ordförande

För Sölvesborgs kommun



Kommunstyrelsens ordförande

För Olofströms kommun



Kommunstyrelsens ordförande

Överenskommelse mellan Landstinget Blekinge och kommunerna i Blekinge om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

# Checklista: Innehåll utskrivningsrapport i Prator

*Denna checklista kan för dig som yrkesverksam inom slutenvården vara ett stöd kring vad som ska skrivas i Prators utskrivningsrapport för att säkerställa en trygg och säker utskrivning för den enskilde individen.*

*Observera att nedanstående förslag enbart är en hjälptext och att det kan finnas alternativ som inte omnämns. Information kan ändras eller fyllas på efterhand som ny information framkommer.*

## Sjuksköterska

### Aktivitetsförmåga/funktionsförmåga

*Fyll i om personen är oberoende/beroende i de olika aktiviteterna. Är personen beroende av stöd eller hjälp i någon av aktiviteterna beskriv då på vilket sätt, ta gärna stöd av hjälptexten nedan.*

- ✓ **Äta och dricka-** (stöd med matning, att dela mat, socialt måltidsstöd etc.)
- ✓ **Vända sig i sängen-** (stöd med lägesändring, vändschema etc.)
- ✓ **Förflyttning i/ur säng-** (behövs stöd av person och/eller hjälpmedel och i så fall vilka)
- ✓ **Förflyttning inomhus-** (behövs stöd av person och/eller hjälpmedel och i så fall vilka)
- ✓ **Förflyttning utomhus-** (behövs stöd av person och/eller hjälpmedel och i så fall vilka)
- ✓ **Sköta toalettbehov-** (i vilka moment behöver personen stöd/hjälp och vilka hjälpmedel används)
- ✓ **Personlig hygien-** (stöd/handräckning/hjälp med nedre och/eller övre hygien etc.)
- ✓ **Dusch-** (vilken del av duschmomentet behöver personen hjälp med)
- ✓ **Påklädning/avklädning-** (hjälp/stöd/handräckning med nedre och/eller övre klädsel etc.)
- ✓ **Natttillsyn-** (stöd med toalettbesök/byte av inkontinensskydd eller trygghetsbesök natt)
- ✓ **Handla** (om kännedom finns)
- ✓ **Laga mat** (om kännedom finns)
- ✓ **Städa** (om kännedom finns)
- ✓ **Tvätta** (om kännedom finns)
  
- ✓ **Syn-** (glasögon etc.)
- ✓ **Hörsel-** (hörapparat etc.)
- ✓ **Kognitiv förmåga-** (kognitiv svikt? Demensdiagnos? Hur ger sig detta uttryck? etc.)
- ✓ **Kommunikationsförmåga-** (Begränsad förmåga att kommunicera? På vilket sätt? Etc.)
- ✓ **Förmåga att larma-** (upplevs personen vara klar och adekvat att kunna larma vid behov)
- ✓ **Fallrisk-** (ostadig i sin gång? Obalans? Finns rapporterade fall? Riskbedömning? etc.)
- ✓ **Oro-** (larmat mycket eller uttryckt oro och i så fall på vilket sätt etc.)

## Utförda planerade åtgärder

### Allmän omvårdnad

Här under kan övrig information skrivas som kan vara av viktigt för mottagande kommun och primärvård att känna till. Information kan variera beroende på mottagarens tidigare kännedom om patienten samt beroende på vilken information som framkommit under vårdtillfället. Informationen kan exempelvis bestå av följande:

- ✓ Vilka åtgärder har utförts?
- ✓ Förmåga före inskrivning ADL-förmåga, förflyttningsförmåga, kognitiv förmåga och kommunikationsförmåga etc.
- ✓ Tidigare hjälpmedel
- ✓ Social situation och boendemiljö

### Specifik omvårdnad

- ✓ **Syrgas:** (ska personen ha syrgas med sig hem eller ska den avvecklas, hur mycket syrgas har personen etc.)
- ✓ **Sond:** (aktuellt med sond vid utskrivning? Vilken sondnäring och hur ofta?)
- ✓ **Injektationer:** (vilka injektationer är aktuella och i vilken omfattning?)
- ✓ **Smärtlindring:** (vilken smärtlindring och i vilken omfattning)
- ✓ **KAD:** (om KAD ska dras innan utskrivning eller inte)
- ✓ **Omläggning:** (vilken omläggning och hur ofta ska omläggning göras)

### Ansvarig läkare

- ✓ Ansvarig slutenvårdsläkare: (skriv namn på ansvarig slutenvårdsläkare)

---

## Arbetsterapeut

### Utförda/planerade åtgärder

- ✓ Bedömning av arbetsterapeut och/eller fysioterapeut vid behov
- ✓ Insatser efter utskrivning
- ✓ Hur förflyttning görs
- ✓ Genomförd trappträning?
- ✓ Info om hemmiljön/aktuella hjälpmedel etc.

---

## Läkare

### Status

Underrubrikerna utgår från rubrikerna i Prator. Som stöd att fylla i dessa kan SBAR användas.

S=Situation, B=Bakgrund, A=Aktuell bedömning, R=Rekommendation.

### Bedömning

- ✓ Inskrivningsorsak (S)
- ✓ Vad har hänt? (Aktuell situation) (S)

- ✓ Relevant sjukhistoria för en helhetsbild (exempel: smittorisk, allergi, Covid-19 etc.) (B)
- ✓ Pågående behandling och insatser (A)
- ✓ Om palliativ vård är aktuell: Palliativ diagnos (Z-diagnos)? Brytpunktssamtal genomfört? Är det palliativa teamet inkopplat? (A)

#### Planering inför utskrivning

- ✓ Åtgärder/behandlingar aktuella efter utskrivning (exempel: omläggningar, drän, kateter, sond, PICC- line, stygntagning, PEG, näringsdropp, preventiva insatser etc.) (R)
- ✓ Uppföljning planerad? (Exempel fortsatt provtagning, remiss vårdcentralen, ny operation, strålbehandling etc.) (R)
- ✓ Förändrad läkemedelsbehandling (R)

#### Mål

- ✓ Mål inför utskrivning (exempel: uppnå viss funktionsförmåga/självständighet, få samordnade stödinsatser etc.)

#### Preliminärt utskrivningsdatum

- ✓ Skriv preliminärt utskrivningsdatum
- 

## Sjukgymnast

#### Utförda/planerade åtgärder

- ✓ Bedömning av arbetsterapeut och/eller fysioterapeut vid behov
  - ✓ Insatser efter utskrivning
  - ✓ Hur förflyttning görs
  - ✓ Genomförd trappträning?
  - ✓ Info om hemmiljön/aktuella hjälpmedel etc.
- 

## Information som kommuniceras via extrameddelande

*Nedan beskrivs information som är viktig för kommun och primärvård att veta för planering inför utskrivning men som inte framgår i utskrivningsrapporten utan med fördel kommuniceras via extrameddelande i Prator.*

- ✓ Kontaktuppgifter till anhöriga/motsvarande (Finns kännedom redan vid inskrivning läggs kontaktuppgifter in i inskrivningsmeddelandet).
- ✓ Kan patienten själv eller med hjälp av annan uppsöka vårdcentral eller mottagning?
- ✓ Dialog med kommun och primärvård om behov av SIP föreligger och vart den i så fall bör genomföras; inneliggande eller i hemmet efter utskrivning.
- ✓ Planerad tidsram för utskrivning. Signal när utskrivning börjar närma sig. Detta sker även i dialog med patienten så denna är förberedd.



## Inskrivning Slutenvård

**Inskrivningsmeddelande** skickas i Prator. Kommunen svarar med relevant info.

Uppdaterad **vårdrapport** möjliggör gott omhändertagande av patienten under slutenvård.



## Vårdtillfälle

**Medicinsk plan** upprättas och uppdateras dagligen av läkare.

**Utrappport** upprättas och uppdateras med stöd av checklista för att säkerställa rätt information.



## Utskrivningsklar

Biståndshandläggare (vissa fall ssk) ger via **kommunklar** i Prator information om när patienten kan tas emot på ett säkert sätt.



\*Fler steg ingår i en fullständig Prator-kedja. Flödet exemplifierar enbart de delar där lösningsförslag presenteras.