

Stöd/vägledning i möten inför utskrivning från slutenvård

Relaterat styrande dokument: [Samverkansrutin för vård- och omsorgsplanering](#)

Stöd/vägledning för utskrivningsplaneringsmötet är framtaget i samverkan mellan Hallands kommuner och Region Halland och tydliggör vad som förväntas att förberedas inför mötet, tas upp på mötet och hur mötet ska genomföras kopplat till UPL och SIP i Lifecare SP.

Inför en utskrivningsplanering

Slutenvården:

- Informera patient och ev närstående skyndsamt om syftet vad utskrivningsplanering innebär. Om det finns en önskan/behov av planering inbegripande (behov av insatser i direkt anslutning till hemgång).
- Lämna broschyr till patienten – *“För dig som är patient på sjukhuset”*.
- Informera patient och ev närstående om förväntade vård- och behandlingsförlopp och närmande utskrivningen, planerad uppföljning och behandling efter utskrivning.
- Skicka generellt meddelande till berörda parter i Lifecare SP att det är aktuellt med planering inför utskrivning.
- Uppdatera planeringsunderlaget när det är dags att kalla till planering med strävan att rehabs bedömning är gjord.
- Medicinska planen ska finnas tillgänglig när det kallas till planering. Medicinsk plan ska journalföras men meddelande om att det är aktuellt med planering kan skickas i Lifecare SP när läkare uttalat medicinsk plan och som är känd av sjuksköterska på avdelningen, för definition av "medicinska planen" se [Samverkansrutin för vård- och omsorgsplanering](#)

När mötestid bokad:

- Meddela patient och ev närstående aktuell datum/tid när utskrivningsplanering är bokad. Boka tolk för aktuellt språk/dialekt/nedsatt hörsel i möjligaste mån om det behövs. Närstående ska inte tolka men kan vägleda vid osäkerhet kring specifik dialekt inom aktuellt mån för bokning av rätt tolk.

Kommun/Vårdcentral/VPM (Vuxenpsykiatrisk mottagning):

- Bokar tid för utskrivningsplanering och meddelar avdelningen via Lifecare SP om datum/tid (kan planering genomföras via telefon tas direktkontakt med avdelningen).
- Förbereder sig inför mötet genom att ta del av **tillgänglig information** om patienten via planeringsunderlaget, från egen journal eller via NPÖ.

Under en utskrivningsplanering

- Kommun/vårdcentral/VPM inleder mötet ex info att mötestid max 45 min, tydliggör mötesordning och struktur, förmedla att vi tillsammans kommer göra en planering inför trygg utskrivning.
- Mötesdeltagarna presenterar sig.
- Legitimerad personal inom slutenvården sammanfattar vårdtillfället och rapporterar aktuellt status, se mall Rapportunderlag. Undvik i största möjliga mån medicinska termer.
- Patient, ev närstående och kommunrepresentanter för en dialog för att kunna göra en planering kring behov av insatser efter utskrivning.
- Kommunen lämnar en sammanfattning över vad som beslutats.
- Kommunen/vårdcentralen/VPM avslutar mötet.

Att tänka på vid utskrivningsplaneringar:

- Fördela tiden under mötet så att finns utrymme för samtliga deltagare (region, kommun, patient, ev närstående).
- Anpassa frågorna och samtal utifrån patientens tillstånd ex vid demens/palliativ vård och vad som är relevant att planera för vid utskrivningen.
- Gör patient och närstående delaktig vid mötet och var lyhörd inför vad de uttrycker, vänd dig till patienten när du pratar.
- Oklarheter angående olika ställningstaganden / bedömningar som gjorts inom Hallands sjukhus eller som kommunen gör under mötet tas efteråt om möjligt. Ej inför patient/närstående. Mål att oklarheter som påverkar planeringen ska var besvarade innan vårdplaneringen tex via telefonkontakt.
- Hantera uppkommen situation när planerad mötestid inte är tillräcklig, gemensam plan. Om misstanke finns redan innan planering att mötet kan behöva längre tid har samtliga deltagare ansvar i sin interna planering inför mötet.
- Slutenvårdens representant har som uppdrag att se till att tekniken fungerar samt vara ett stöd för patienten.

MALL RAPPORTUNDERLAG

In datum:
Inskrivningsorsak:
Vårdförlopp: Vad har gjort undersökningar/behandlingar (sammanfattning r/t relevans)
Hälsohistoria av relevans för UPL/SIP:
Socialt: Villa/lägenhet (trappor in- och utvändigt) och civilstånd
Personlig vård: Hjälp med ADL? Stöttning eller hjälp med övre/nedre hygien och klädsel? Ges hjälp i sängen?
Förflyttning: Sköter själv eller hjälp av hur många? I/ur säng? Gång? Fall under vårdtiden? Hjälpmedel? Nya hjälpmedel förskrivna? Hur mkt uppe? Lägesändring?
Restriktioner: Belastning, böjning, gips, sträckning? Skötsel av Ortos, mitella, slynga, nackkrage osv? Träningsprogram (hjälp att utföra?) Egenvårdsbedömning?
Cirkulation/Andning: PEP-flöjt, CPAP, syrgas, mål-pox, blodtryck, HB? Vätskerestriktion? Stödstrumpor? Kontroller vikt/ målvikt?
Psykisk (o)hälsa / beroendeproblematik: Suicidrisk, självskada, utåtagerande, beroende
Kommunikation/kognition: Klar och adekvat? Orolig/förvirrad? VAK? Syn/hörselnedsättning? Talsvårigheter, Ringer på klockan? Golvlarm? Tolkskrivtolk?
Nutrition: Aptit, sväljsvårigheter, konsistensanpassad mat/dryck, dietist/logoped, Sond/PEG/TPN/vilka infarter? Näringsdryck? Matning/stöd
Elimination: Inkontinensskydd, KAD, rikning, (haft sedan tidigare/nytt?) trög/lös mage, stomi, toalettbesök
Hud: Sår, tryckavlastande åtgärder, hjälp med lägesändring?
Smärta: Lokalisation, smärtlindring?

Sömn: Sömntabletter? Sover gott? Uppe flera gånger? Toalettbesök nattetid? Orolig?
Läkemedel: Inhalationer, Ögondroppar? Innohep/Fragmin? Insulin och blodsockerkontroller? Apodos?
Planering/Uppföljning: Vilka behandlingar som ska avslutas och vad som ska fortgå, vem eller vilka ansvarar för den fortsatta vården och uppföljningen? Vem kontaktar hemsjukvården vid olika besvär? Dagtid respektive jourtid?
Övrigt/smitta/överkänslighet: