

Dokumentet fastställt av Läkemedelsrådet 2019-04-25

Riktlinjen är senast uppdaterad 2022-03-10

Riktlinjen är giltig t o m 2024-03-10

Regionala riktlinjer för utskrivningsinformation i Region Skåne

Bakgrund

Det är väl känt att misstag och missuppfattningar om läkemedelsanvändning är särskilt vanliga i vårdens övergångar, det vill säga när patienten byter vårdnivå, exempelvis från sjukhus till kommun. Anledningen är ofta brister vid informationsöverföringen mellan de olika vårdenheterna¹.

Studier från Lund visar att var femte läkemedel överförs felaktigt², samt att om utskrivningsinformation skrivs och ges till patient samt nästa vårdform i samband med utskrivning, så halveras antalet överföringsfel³ samt antalet vårdkontakter inom tre månader⁴. För optimal nytta krävs en utskrivningsinformation av god kvalitet som överförs och används adekvat.

Lagar, författningar samt föreskrifter som styr informationsutbytet

I Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659 § 6, tydliggörs patientens rätt till individuellt anpassad information om bland annat vård och hälsotillstånd. I Socialstyrelsens författning SOSFS 2005:27 4 kap ges bindande föreskrift att patienten ska få information skriftligt vid utskrivning.

Riktlinjer för utskrivningsinformation

Riktlinjerna omfattar patienter som skrivs ut från sjukhus till annan vårdform, exempelvis primärvård och/eller kommun. I samband med att patienter skrivs ut från sjukhus får de en skriftlig individanpassad utskrivningsinformation, innehållande läkemedelsberättelse samt aktuell läkemedelslista.

Följande information framgår i den skriftliga utskrivningsinformationen:

- Kortfattad information kring inläggningsorsak, vad som gjorts under vårdtiden samt vad som planeras efter vårdtiden.
- En läkemedelsberättelse i punktform, inkluderande information om vilka läkemedelsförändringar som har genomförts under sjukhusvistelsen samt varför de genomförts. Notera även om patienten har Pascal och att eventuella förändringar genomförts där.
- En aktuell, avstämd läkemedelslista inkluderande information om läkemedelsnamn, beredningsform, styrka, dosering och indikation (ändamål) samt då behov föreligger även information kring administrerings sätt och behandlingstid. För läkemedel med komplicerade doseringsscheman, exempelvis läkemedel som ska trappas upp eller ner, skrivs separata dokument.

¹ Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/lakemedel>

² Midlöv et al, PWS 2005; 27: 116-20

³ Midlöv et al, PWS 2008; 30: 92-8

⁴ Midlöv et al, PWS 2008; 30: 840-5

Utskrivningsinformation skrivs i Intygsmodule i Melior. Genom att följa Utskrivningsinformation – Manual i intygsmodule, tillgodoses den information som ska finnas i utskrivningsinformationen.

Utskrivningsinformationen överlämnas till patienten innan patienten skrivs ut från sjukhus. Den aktuella läkemedelslistan går igenom med patienten för att försäkra att patienten förstår och är överens om de läkemedelsändringar som genomförts. För patienter som inte är orienterade ges om möjligt motsvarande information till patientens ombud. Utskrivningsinformationen överförs även till samtliga efterföljande vårdenheter (exempelvis ansvarig läkare i primärvård och sjuksköterska i kommun/hemsjukvård/korttid) senast samma dag.

Dokumentation sker i journal huruvida patienten har fått skriftlig utskrivningsinformation samt till vilken/vilka vårdenheter utskrivningsinformationen har skickats.

Om förändringar genomförts som kräver förskrivning, så görs detta enligt gällande rutiner inklusive eventuella förändringar i Pascal.