

## Arbetsprocess Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård - Samordnad individuell planering

Process och riktlinje för samordnad individuell planering är framtagen i samverkan mellan regionen och kommunerna i Jönköpings län. Riktlinjen utgår från Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612). Riktlinjen är uppdaterad i november 2023.

Lagen, överenskommelsen och processen ska främja

- trygg och säker vård och omsorg för personer som efter utskrivning från slutna hälso- och sjukvård behöver insatser från både kommunen och Region Jönköpings län
- ökad samverkan mellan vårdgivare
- att utskrivningsklara personer kommer hem så snart som möjligt
- att onödigt vistelse på sjukhus undviks så långt som möjligt

### Målgrupp

Processen gäller för personer i alla åldrar, som efter utskrivning från slutna vård har behov av samordning av insatser från socialtjänst, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården.

Undantag för personer som skrivs ut till öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) eller öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV).

Processen innefattar inte personer som efter slutna psykiatrisk tvångsvård ska skrivas ut i ÖPT eller ÖRV. I dessa fall följs annan lagstiftning; lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128) och lagen om rättspsykiatrisk vård (SFS 1991:1129). De psykiatriska öppenvårdsmottagningarna samordnar vårdplaneringsprocessen för personer inom den öppna psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska öppenvården samordnar vårdplaneringsprocessen för personer inom rättspsykiatrisk vård, se *Processbeskrivning för utskrivning från slutna psykiatrisk tvångsvård till ÖPT eller ÖRV*([rjl.se](#)).

I fall där personen skrivits in eller vårdas enligt LPT/LRV och ska skrivas ut enligt HSL (frivillig vård) gäller vanlig process, inte undantag.

## Sammanfattning Jönköpings län

### Inskrivningsmeddelande

Inskrivningsmeddelandet initierar den öppna vårdens och socialtjänstens planering inför utskrivning. Inskrivningsmeddelandet skickas, inom definierad

målgrupp, så snart personen skrivs in i den slutna vården, oavsett tid på dygnet. Förväntat datum för utskrivning och information om inskrivningsorsak skickas inom 24 timmar, om den enskilde samtycker till det. Syftet är att tidigt påbörja samarbete och planering runt personen för att skapa en trygg och säker hemgång utan onödiga dröjsmål.

### **Fast vårdkontakt**

Fast vårdkontakt skall utses i den regionfinansierade öppna vården för personen innan utskrivning från slutna vård. Den fasta vårdkontakten har en viktig roll för att samordna inför utskrivning. I Jönköpings län är det vårdsamordnaren på vårdcentralen som är utsedd att vara den fasta vårdkontakten i utskrivningsprocessen. I särskilda fall kan den samordnande fasta vårdkontakten utgå från annan öppenvård inom regionen. Vårdsamordnaren har mandat att utifrån personens behov avgöra när i tid en sammanhållen individuell planering ska ske, var och i vilken mötesform. Se [Riktlinjer fast vårdkontakt \(rjl.se\)](#).

### **Utskrivning och utskrivningsplan**

Slutenvården skickar meddelande om utskrivningsklar när personen kan lämna sjukhuset. Utskrivningsklar är en medicinsk bedömning när personen inte har behov av att vårdas på sjukhus /slutenvårdens resurser. Denna bedömning görs av ansvarig läkare.

Insatser ska vara planerade och förberedda och personen ska kunna åka hem inom 24 timmar från meddelande om utskrivningsklar.

Utskrivningsplan är personens plan som tryggar för en säker hemgång. I den dokumenterar respektive profession information om insatser och kontaktuppgifter som skall täcka behov fram till att samordnad individuell planering genomförs.

### **Samordnad individuell plan (SIP)**

SIP, enligt bestämmelserna i 16 kap. 4§ HSL och 2 kap. 7§ SoL, blir personens och huvudmännens gemensamma verktyg för den samordnade vården efter utskrivning. Se [Tillämpning av samordnad individuell plan\(SIP\) \(rjl.se\)](#).

Vårdsamordnaren, den samordnande fasta vårdkontakten, kallar till samordnad individuell planering i bostaden som sker utifrån personens behov och situation. När det finns behov av att planering sker inom 72 timmar ska vårdsamordnaren kalla så fort behovet uppmärksammas och kallade ska medverka vid den samordnade individuella planeringen.

## **Steg 1. Inskrivningsmeddelande och Vårdtidsplanering**

Inskrivningsmeddelandet i Link startar den gemensamma planeringsprocessen. Meddelandet skrivs när personen kommit till vårdavdelningen oavsett tid på dygnet. Inskrivningsmeddelandet ska innehålla beräknad dag för utskrivning. Syftet är att tidigt påbörja samarbetet och planeringen för att skapa en trygg och säker hemgång. Om behov av insatser identifieras senare under vårdtiden skickas inskrivningsmeddelande omgående.

Ansvarig vårdavdelning skriver inskrivningsmeddelande för:

- Personer med insatser sedan tidigare enligt SoL, HSL och LSS.
- Personer med nytt behov av insatser.

### **Slutenvård**

#### **Sjuksköterska**

- Inhämta samtycke för informationsöverföring. Om samtycke inte ges ska Link inte användas. Om patienten är oförmögen att ta ställning till samtycke eller vid tvångsvård klicka i alternativ 'Ja' och välj därefter 'Menprövning' eller 'Tvångsvård' i vallistan. Se [Cosmic Link, samtycke, rekommendation \(rjl.se\)](#).
- Skicka inskrivningsmeddelande. Ange inskrivningsorsak. Fråga kommun och vårdcentral vilka insatser personen har enligt SoL, HSL, LSS. Skriv frasminnet 'inslink'+ enter i kommentarsfältet. I de fall patienten byter medicinskt ansvar under vårdtiden ska detta inte efterfrågas på nytt.

### **Kommun**

Kontrollera folkbokföringsadress. Avvisa inskrivningsmeddelande samt ta bort enheten som aktör om personen inte är folkbokförd i din kommun.

Svara på inskrivningsmeddelandet "Inga pågående insatser" om personen inte har några pågående insatser på aktuell enhet.

Om personen är känd:

- Ange ADL-status och kommunikativt status. Använd frasminnet 'adlkom' i kommentarsfältet. Uppge boendeform och fysisk tillgänglighet (ex trappor).
- Ange aktuella eller nyligen avslutade insatser enligt SoL, HSL och LSS.
- Avboka och omboka planerade besök och pågående insatser från exempelvis hemtjänst, hälso-och sjukvård och boendestöd.

### **Vårdcentral**

#### **Vårdsamordnare**

- Avboka/omboka eventuella planerade besök på vårdcentral.
- Svara på inskrivningsmeddelande och ange aktuella insatser som är relevanta för vårdtillfället.

### **Vårdtidsplanering – beräknad tidpunkt för utskrivning**

Vårdtidsplanering innehåller en beräknad dag för utskrivning. Meddelande om ny beräknad tidpunkt för utskrivning ska alltid skickas efter första rondtillfället med en bekräftelse alternativt uppdaterad tidpunkt för utskrivning. Beräknad tidpunkt för utskrivning är ett av processens viktigaste steg och ligger till grund för planering och förberedelser som görs. Den är en förutsättning för att personen ska kunna komma hem när personen är utskrivningsklar.

Om beräknad tidpunkt för utskrivning ändras under vårdtiden ska ett nytt meddelande med samma meddelandetyper skickas där orsak till förändringen ska framgå.

### **Slutenvård**

#### **Läkare**

- Bedöm förväntad vårdtid senast vid första rondtillfället.
- Informera personen om planerad vård och beräknad dag för utskrivning.
- Planera in aktuella undersökningar under vårdtiden.

#### **Sjuksköterska**

- Skicka meddelande efter första rondtillfälle om ny beräknad tidpunkt för utskrivning, oavsett om tidpunkten förändrats eller inte sedan inskrivningsmeddelandet.
- Om datum för planerad utskrivning förändras skicka nytt meddelande Ny beräknad tidpunkt för utskrivning och ange orsak till förändrat datum.

#### **Kommun**

- Notera beräknad dag för utskrivning.
- Planera och förbered för personens hemgång.

#### **Vårdcentral**

##### **Vårdsamordnare**

- Notera beräknad dag för utskrivning.
- Planera för hemgång.

## **Steg 2. Initiera och förbered Samordnad individuell planering**

Om det inte finns nytt eller utökat behov av insatser eller samordning identifierat eller om personen redan har en välfungerande SIP, används meddelande och utskrivningsplan i Link för fortsatt kommunikation och planering av en trygg hemgång/utskrivning – fortsatt till steg 3.

Samordnad individuell planering genomförs när personer har nytt eller utökat behov av samordnade insatser efter utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

### **Utskrivningsplan**

Respektive profession/funktion förbereder för personens hemgång genom att dokumentera behov, ansvar och insatser som skall täcka behov av information efter hemgång, eller för tiden fram till att SIP upprättats och identifierade behov är tillgodosedda. Det är personens plan som tryggar för en säker hemgång innan samordnad individuell planering sker i bostaden. Tänk på språkbruket, all text skall vara enkel att förstå för personen. Det ska tydligt framgå vilka insatser som är planerade efter utskrivningen samt kontaktuppgifter. Där det finns behov ska

det framgå vilken funktion/profession med telefonnummer som möter upp i bostaden.

Personen ska få en utskrift av planen inför utskrivning. När slutenvård, kommun och öppenvård skrivit sin del i utskrivningsplanen och signerat (vilket innebär att din del av utskrivningsplanen är justerad), godkänns utskrivningsplanen av slutenvården och skrivs ut för att lämnas till personen.

### **Slutenvård Sjuksköterska**

- Informera personen om samordnad individuell planering och säkerställ samtycke. Om patienten är oförmögen att ta ställning till samtycke eller vid tvångsvård klicka i alternativ 'Ja' och välj därefter 'Menprovning' eller 'Tvångsvård' i vallistan.
- Initiera till samordnad individuell planering genom att skicka meddelandetyp med 'Generellt' och välj rubriken 'Initiering till Samordnad individuell planering'. Använd frasminnet: 'init'. Det ska tydligt framgå vad som är det nya/utökade behovet samt vilka närstående/övriga aktörer som personen önskar delta. Om personen har behov av trakeostomi, ventilator eller hostmaskin ska det framgå. Om personen vårdas med LPT/LRV och ska skrivas ut till enligt HSL (frivillig vård) ska det framgå.
- Dokumentera kontaktuppgifter, ansvar och planerade insatser i samband med utskrivning, i Utskrivningsplan i Link.
- Planera/samordna/förskriv efter samverkan med kommun och vårdcentral de hjälpmedel som är en förutsättning för personens hemgång. Dokumentera i Utskrivningsplan i Link.
- Informera personen om att kallelse för Samordnad individuell planering kommer skickas och att tid och plats kommer att meddelas.
- Bistå med utbildning då kommunen identifierat behov av specifika utbildningsinsatser inför personens hemgång.

### **Fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut och dietist**

- Kopiera sammanfattning av ADL-status i ett meddelande med rubriken 'ADL-status' så att kommunens biståndshandläggare kan ta del av informationen. Är status oförändrat, hänvisa till tidigare bedömning.
- Planera/samordna/förskriv efter samverkan med kommunen de hjälpmedel som är en förutsättning för personens hemgång. Dokumentera i utskrivningsplan i Link.
- Gör en ny planering tillsammans med kommunen och vårdcentralen om personens ADL-status väsentligen förändras under vårdtiden.
- Säkerställ nutritionsbehov enligt rutin.

### **Vårdcentral Vårdsamordnare**

- Planera/samordna/förskriv efter samverkan med kommun och slutenvård de hjälpmedel som är en förutsättning för personens hemgång. Dokumentera i utskrivningsplan i Link.
- Dokumentera kontaktuppgifter, ansvar och planerade insatser efter utskrivning, i utskrivningsplan i Link.

### Kommun

- Planera/samordna/förskriv i samverkan med slutenvården de hjälpmedel som är en förutsättning för personens hemgång. Dokumentera i utskrivningsplan.
- Dokumentera kontaktuppgifter, ansvar och planerade insatser efter utskrivning i utskrivningsplan i Link.
- Identifiera behov av specifika utbildningsinsatser inför personens hemgång. Kontakta slutenvården som bistår med utbildning.

## Steg 3. Meddelande om utskrivningsklar och kallelse till Samordnad individuell planering

Slutenvården skickar meddelande om utskrivningsklar när personen kan lämna sjukhuset. Utskrivningsklar är en medicinsk bedömning när en patient inte har behov av att få sin vård på sjukhus /slutenvårdens resurser. Denna bedömning görs av ansvarig läkare.

### Slutenvård

#### Läkare

- Gör läkemedelsgenomgång.
- Förskriv aktuella läkemedel och recept och lämna läkemedelslista/receptutskrift Pascal till personen.
- Ta ställning till och dokumentera om eventuella beslut kring livsuppehållande behandling ska vara giltiga i primärvård. Samråd med fast läkarkontakt i primärvård vid behov.
- Vid behov gör egenvårdsbedömning.
- Förskriv sär-när-produkter (ex sond, näringsmedel, förtjockningsmedel, berikning).
- Skriv ut nödvändiga intyg (ex sjukintyg, egenvårdsintyg, anhörigintyg)
- Genomför utskrivningssamtal och lämna 'Information om din vårdtid' till personen.
- Diktera epikris vid tidpunkt för utskrivningsklar och uppdatera vid behov. Vid komplexa ärenden skriv i akut handlingsplan i epikris.
- Meddela sjuksköterska att personen är utskrivningsklar.

#### Sjuksköterska

- Om personen har trakeostomi ska handlingsplan skrivas i utskrivningsplan under planering slutenvård, använd frasminne 'trakut'.
- Skriv ut utskrivningsplanen och lämna till personen inför hemgång.

- Dokumentera omvårdnadsepikris.
- Säkerställ att personen har läkemedel, se [Läkemedel i vårdens övergångar\(rjl.se\)](#), efter överenskommelse med personen, närstående och kommunen.
- Säkerställ att t.ex. dietist, stomisjuksköterska, diabetessjuksköterska, SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet), psykiatriska öppenvården är informerade och delaktiga samt att eventuella medicinska behandlingshjälpmedel följer med.
- I de fall beslut kring livsuppehållande behandling är fattade och giltiga i primärvård skicka generellt meddelande med rubrik ”Livsuppehållande behandling - vårdplan”. Informera enbart om att det finns beslut och hänvisa till NPÖ för innehåll.
- Skicka meddelande om utskrivningsklar.
- I de fall utskrivningsklar tas tillbaka ska orsak alltid anges. Meddelande om ny beräknad tidpunkt för utskrivning skickas.
- Informera personen om preliminär tid och plats för Samordnad individuell planering som vårdsamordnaren angivit.
- Bevaka tid för hemgång och vid behov beställ lämplig transport. Se över om det finns behov av bärhjälp (efter överenskommelse med person, närstående och kommun). Bevaka tidpunkt för hemgång. När den meddelats, skicka nytt meddelande ”Beräknad tidpunkt för utskrivning” i Link. Den informationen blir synlig i Vårdplatsöversikten.
- Beställ vid behov lämplig transport efter överenskommelse med person, närstående och kommun. Se över om det finns behov av bärhjälp.

### Vårdcentral Vårdsamordnare

- Skicka kallelse till Samordnad individuell planering, senast inom tre dagar från utskrivningsklar. Tidpunkt för planeringen utgår från personens behov och situation. Det är vårdsamordnaren som avgör tidpunkten för samordnad individuell planering.
- Kalla och informera eventuella närstående angående tid och plats för Samordnad individuell planering.
- Stäm av med alla berörda parter i utskrivningsplanen angående ansvar, insatser och hjälpmedel inför personens hemgång. Personens behov skall vara täckt från dag ett efter utskrivning.
- Läs medicinsk epikris och omvårdnadsepikris, och kontakta vid oklarheter ansvarig vårdenhet.
- Planera vid behov personens hemgång tillsammans med fast läkarkontakt på vårdcentralen.

### Kommun

- Personen ska kunna åka hem när utskrivningsklar meddelats.

- Besvara kallelsen genom att meddela vårdcentralen vilka professioner/funktioner som ska delta vid samordnad individuell planering.
- Stäm av att planerade insatser, ansvar och hjälpmedel inför hemgång (som ska ske inom 24 timmar) täcker behoven från dag ett i bostaden och för tiden i bostaden fram till att SIP upprättas och identifierade behov är tillgodosedda.
- Om korttidsboende är ansökt och beviljat meddela detta genom att skicka generellt meddelande med rubrik 'Korttidsboende beviljat'.
- Bekräfta utskrivning och ange lämplig tid för hemkomst genom att skicka generellt meddelande med rubrik 'Tidpunkt för hemgång'.
- Läs medicinsk epikris och omvårdnadsepikris, och kontakta vid oklarheter ansvarig vårdenhet.
- Läs läkemedelslistan i Link och för dospatienter i Pascal. Observera att läkemedelslista blir synlig först när patienten är utskriven ur Cosmic.
- Möt upp personen i bostaden vid behov.

De professioner/funktioner som är kallade till Samordnad individuell planering är skyldiga att delta och komma förberedda. Legitimerad personal har läsbehörighet i speglingen av personens journal i Link.

#### **Steg 4. Samordnad individuell planering och Samordnad individuell plan(SIP)**

Samordnad individuell planering sker i bostaden utifrån personens behov och situation.

SIP är personens plan, ger en helhetsbild och samlad beskrivning av egenansvar, pågående och planerade vård- och omsorgsinsatser och vem som ansvarar för vad. SIP utgår från vad som är viktigt för just den personen och förutsätter personens medverkan för en meningsfull vardag.

Framtagande av SIP sker bäst i personens hem, där förhållandena är mer jämbördiga, men om särskilda skäl föreligger kan SIP genomföras på annan plats som bedöms lämplig. Kallade professioner/funktioner ska komma förberedda och delta aktivt i mötet.

SIP dokumenteras i Cosmic Link. Personen får en journalkopia av SIP och har även tillgång till SIP via sin journal på 1177.se. Övriga aktörer, som inte har tillgång till Cosmic Link, får en journalkopia av SIP.

#### **Vårdcentral Vårdsamordnare**

- Förbered mötet (ex tillgänglighet, tolk, teknik). När Samordnad individuell planering hålls digitalt, har alla kallade professioner ansvar att utifrån personens behov gemensamt se vem som är mest lämplig att vara hemma

hos Esther vid mötet. Om detta är oklart så avgör vårdsamordnare och biståndshandläggare i samråd.

- Ansvarar för genomförandet av mötet.
- Dokumentera i SIP- journalmall i Cosmic Link.
- Skriv ut och skicka till personen. Informera om att SIP kan läsas i journalen på 1177.se.
- Informera ansvarig läkare om dokumenterad SIP.
- Dokumentera och åtgärdskod enligt rutin
- Boka tid för uppföljning vid mötet.

### **Kommun**

Kallade professioner/funktioner kommer förberedda och deltar aktivt i mötet. Vid digitala möten deltar utsedd på plats i hemmet efter överenskommelse.

### **Slutenvård**

Deltar i mötet med adekvata professioner/funktioner vid komplexa situationer.

## **Steg 5. Uppföljning av SIP**

Uppföljning är en naturlig del av processen och skall ske senast inom en månad efter genomförd Samordnad individuell planering. Alla professioner/funktioner ansvarar för att följa upp sin del i SIP, genom att skriva meddelande i Link om insatsers effekt och resultat och fortsatta insatser. Vårdsamordnaren följer upp helheten med personen.

### **Vårdcentral**

#### **Vårdsamordnare**

- Stäm av med berörda professioner/funktioner för ev. revidering av SIP. Kontakta personen och följ upp SIP. Dokumentera.
- Kalla vid behov till nytt möte för samordnad planering.

Övriga kallade professioner/funktioner ansvarar för att följa upp sin del i SIP med personen.

### **Kommun**

Kallade professioner/funktioner ansvarar för att följa upp sin del i SIP med personen.

## **Steg 6. Samordningsärende i Link efter utskrivning**

Samordningsärendet i Cosmic Link fortsätter efter utskrivning. Det är alltid vårdsamordnaren som avslutar ärendet när behov av samordning inte längre föreligger. När en aktör avslutar ett ärende avslutas ärendet hos samtliga inblandade aktörer.

Finns utsedda fast/-a vårdkontakter övergår samordning enligt plan, överenskommelse och överenskomna kontaktvägar.

Om ärendet inte ska avslutas används arbetssätt för samordnade insatser i hemmet, se *Samverkan och samordning vid vård och omsorg i hemmet – överenskommelse Jönköpings län (rjl.se)*.

## Begrepp och frasminnen

### Förtydligande av begrepp

- **Initiera:** Slutenvården påtalar personens behov av samordnad individuell planering, via meddelande i Link med rubrik 'Initiering till Samordnad individuell planering'.
- **Kalla:** Vårdsamordnaren kallar till Samordnad individuell planering genom att skicka kallelse (i Cosmic Link) med tid och plats för Samordnad individuell planering.
- **Utskrivningsplan:** Alla professioner/funktioner ska dokumentera behov/ansvar/insatser löpande i utskrivningsplanen under personens vårdtid. Det är personens plan som tryggar för en säker hemgång tills dess att samordnad individuell planering sker i bostaden.
- **Beräknad tidpunkt för utskrivning:** läkaren gör en rimlig bedömning av beräknad vårdtid.

### Frasminnen

Frasminne läggs in lokalt på respektive enhet. Observera att informationen inom parentes vid behov är instruktioner till hur frasminnet ska användas och ska inte ingå i frasminnet.

### 'Inslink' Inskrivning Link

Vilka insatser gällande SoL, HSL och LSS finns idag för patienten?

### 'adlkom' ADL- och kommunikativ förmåga

#### ADL-FÖRMÅGA

Personlig hygien: .\_.

På-/avklädning: .\_.

Toalettbesök: .\_.

Förflyttning: .\_.

Kontinens: .\_.

Äta/dricka: .\_.

Läkemedelsintag: .\_.

#### KOMMUNIKATIV FÖRMÅGA

Svårigheter att uttrycka sig: .\_.

Svårigheter att tala: .\_.

Svårigheter att förstå: . \_ .

Förvirrad/glömsk: . \_ .

Nedsatt hörsel: . \_ .

Nedsatt syn: . \_ .

### 'init' Initiering till samordnad individuell plan

Observera att all hjälptext (inom parentes) tas bort vid dokumentation i Link.

Nytt/utökat behov av insatser har identifierats: . \_ .

Medicinskt: . \_ .

*(T ex. Läkemedel; intravenöst, tabletter, dela dosett eller tillsyn vid intag. Palliativ vård. Infarter vilka, vad de sitter. Ange alltid om patienten har trakeostomi, ventilator eller hostmaskin.)*

Omvårdnad: . \_ .

*(T ex. omläggning, sårkontroll, skötsel av infart tex kateter, agraff/suturtagning. OBS ersätter inte tydlig plan vid utskrivning.)*

Socialt: . \_ .

*(T ex. Vad kan patienten ha för behov för att klara sin vardag i hemmet som ex larm, mat, personlig hygien och munvård, hushållsnära uppgifter. Ledsagning, eventuella egenvårdsuppgifter)*

Rehabilitering: . \_ .

*(T ex. hjälpmedel/ träning)*

Önskemål om deltagare enligt patienten: Namn: . \_ . och telefonnummer: . \_ .  
*(till de närstående som patienten önskar ska delta)*

### 'livsupp' Beslut om livsuppehållande behandling

Beslut om livsuppehållande behandling har tagits under vårdtiden. Var god se journalanteckning i NPÖ.

### 'trakut' Patienter som skrivs ut med trakeostomi

Skriv frasminne ”trakut” i utskrivningsplanen i Link.

Ansvarig klinik/avdelning/mottagning som ska byta din trakealtub/trakealkanyl är . \_ .

Din trakealtub/trakealkanyl ska bytas var . \_ . vecka.

Ansvarig läkare på . \_ . (klinik/avdelning/mottagning) är . \_ .

Ansvarig fast läkarkontakt i primärvård/ansvarig vårdcentral är . \_ .

Läkare på sjukhuset har bedömt att det transportsätt du ska använda vid planerade byten och kontroller är .\_.

Förbrukningsmaterial till trakealkanyl/trakeostoma skickas med för .\_. dagar.

Eventuella egenvårdsuppgifter .\_.

### **'oplink' Patienter med behov av planering inför planerad operation höft/knä**

Nytt utökat behov/önskemål från patient: .\_.

Patienten önskar kontakt med vårdsamordnare innan planerad .\_.xx-operation .\_.YYYY-MM-DD.

Inläggning sker på .-.avd, sjukhus .\_.YYYY-MM-DD kl HH:MM.

Vänligen kontakta den enskilde innan operationen för planering av insatser för de förväntade behov som uppkommer efter operationen.

Förväntat utskrivningsdatum är .\_.YYYY-MM-DD.