

## Vårdplanens innehåll enligt SOSFS 2005:27

### 3 kap. Vårdplanering

#### 4§ Vårdplanen

Av vårdplanen ska det tydligt framgå vilka insatser efter utskrivningen från den slutna vården som behövs för att en hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet skall uppnås. Vårdplanen ska samordnas med eventuell planering för patienten som fanns före inskrivningen i den slutna vården. Vårdplanen ska i förekommande fall innehålla uppgifter om:

1. Medicinska åtgärder och andra behandlingar
2. Aktuella läkemedelsföreskrivningar
3. Tillhandahållna eller föreskrivna medicintekniska produkter, hjälpmedel eller förbrukningsartiklar
4. Allmän och specifik omvårdnad
5. Omsorg, stöd och service
6. Rehabilitering och habilitering

Det ska även framgå av vårdplanen

1. namnet på behandlande läkare
2. vilka åtgärder som den behandlande läkaren bedömt som hälso- och sjukvård alternativt egenvård och vem som vidtar respektive åtgärd
3. namnet på den eller de läkare i primärvården och i den slutna vården som har det fortsatta ansvaret för vården och behandlingen
4. om patienten medverkat eller inte
5. om närstående medverkat eller inte
6. målsättningen med insatserna och när de ska följas upp

## 4 kap. Överföring av information vid in- och utskrivning

### Utskrivning av patient från slutna vård

**2 §** Information om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst ska senast samma dag som patienten skrivs ut överföras från den slutna vården till berörda enheter inom den öppna vården och socialtjänsten.

**3 §** Informationen skall innehålla dels vårdplanen, dels övriga väsentliga uppgifter. Om det är relevant för patientens vård och omsorg efter utskrivningen, skall de övriga uppgifterna bestå av

1. inskrivningsorsak samt hälso- eller funktionstillståndet vid inskrivningen,
2. vilka som varit ansvariga för patientens vård, behandling och rehabilitering inom den slutna vården,
3. sammanfattning och utvärdering av genomförd vård, behandling och rehabilitering samt eventuella komplikationer som tillstött i den slutna vården,
4. patientens aktuella hälso- och funktionstillstånd,
5. patientens upplevda hälsotillstånd,
6. riskbedömning utifrån patientens hälsotillstånd,
7. patientens arbetsförmåga,
8. närstående, förvaltare eller god man, och
9. andra kontinuerliga läkarkontakter än de som är namn

Patienten skall, om det inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen (1980:100) eller lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, få informationen skriftligt vid utskrivningen.

Vid behov skall den även ges i annan form.