

<b>Dokumentnamn:</b> Praktiska anvisning till hemsjukvårdsavtalet	
<b>Dokumentnummer:</b>	<b>Version:</b> 3
<b>Datum:</b> 2012-12-04	<b>VKL:s diarienummer:</b> 2013-045.2
<b>Gäller fr o m:</b> 2012-09-01	<b>Gäller t o m:</b>
<b>Parter:</b> Landstinget och kommunerna i Västmanland	
<b>Handläggare:</b> Yvonne Winroth, VKL	
<b>Fastställt av:</b> Ledningsgrupp för kommunalisering av hemsjukvården i Västmanlands län	
<b>Bilagor:</b>	

# Kommunalisering av hemsjukvården i Västmanlands län

## Praktiska anvisningar till hemsjukvårdsavtalet



### Gemensam vision för hemsjukvården i Västmanlands län:

*"Hemsjukvården i Västmanland – en trygg och säker vård dygnet runt. En individualiserad hemsjukvård som utgår från den enskildes behov och livskvalitet. Insatserna ska kännetecknas av samverkan, respekt, evidens och kompetens. Ett hälsofrämjande synsätt ska genomsyra hela hemsjukvården."*

# Innehåll

Syftet med anvisningarna	3
Kommunens hemsjukvård ansvarar för ...	3
Tröskelprincipen	3
Hemsjukvård	4
Hur blir man hemsjukvårdspatient?	4
Registrering i hemsjukvård	4
Hembesök	5
Hur får man hembesök?	5
Samtycke	5
Ansvarsfördelning mellan landsting och kommun	6
Kommunens ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende enligt tröskelprincipen	6
Landstingets ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende enligt tröskelprincipen	6
Samverkan	7
Exempel på samverkansområden	7
Informationsöverföring	7
Från slutenvården	7
Mellan primärvård och kommunal hemsjukvård	7
Vårdplanering	8
Samordnad vårdplanering	8
Individuell vårdplanering	8
Individuell plan	8
Delegeringar	8
Utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården	9
Vart vänder man sig vid avvikelser/oenighet?	9
Ansvar för hemsjukvård/hembesök på uppdrag av sjukhusklinik	10
Avgifter	10
Länsövergripande samverkansavtal/överenskommelser	10
Bilaga 1 Länsövergripande samverkansavtal/överenskommelser	11
Bilaga 2 Blankett, ”översäkring från vårdcentral till kommunal hemsjukvård”	12
Bilaga 3 Blankett, ”rapportering från kommunal hemsjukvård till vårdcentral/specialistvård	13
Bilaga 4 SBAR-checklista som hjälp vid översäkring till kommunal hemsjukvård	14
Bilaga 5 Patientfall för att belysa tröskelprincipen	15
Bilaga 6 Individuell vårdplan	17
Bilaga 7 Blankett, ”översäkring från Västmanlands sjukhus till kommunal hemsjukvård	18

Den senaste versionen av det här dokumentet finns att ladda ner på Västmanlands Kommuner och Landstings webbplats [www.vkl.se](http://www.vkl.se) under Vård och omsorg/Kommunalisering av hemsjukvården.

## Syftet med anvisningarna

Anvisningarna är till för att tydliggöra ansvarsfördelningen efter kommunaliseringen av hemsjukvården. De är avsedda att användas av samtliga vårdgivare för att skapa en gemensam arbetsmodell där gråzoner och missförstånd undviks. För att underlätta detta finns ett antal bilagor till anvisningarna: rapporteringsblanketter, checklista för överrapportering, exempelsamling, förteckning över länsövergripande samverkansavtal/överenskommelser, individuell vårdplan.

Samverkan ska bygga på ett respektfullt bemötande mellan aktörerna. Insatserna ska kännetecknas av evidens och kompetens. Hela hemsjukvården ska genomsyras av ett hälsofrämjande synsätt.

Varje kommun/landstinget kan komplettera de praktiska anvisningarna med egna lokala rutiner.

Det här dokumentet uppdateras vid behov och senaste versionen finns att ladda ner på Västmanlands Kommuner och Landstings webbplats [www.vkl.se](http://www.vkl.se), under "Vård och omsorg".

## Kommunens hemsjukvård ansvarar för ...

... hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet (hemsjukvård och hembesök) som utförs av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast.

Ansvaret gäller:

- personer 18 år och uppåt
- alla patienter som vårdcentralen ansvarar för, oavsett diagnos
- hela dygnet, årets alla dagar
- både akuta och planerade besök.

## Tröskelprincipen

Tröskelprincipen innebär att patienten i första hand ska ta sig till vårdcentralen för vård.

Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet ska endast erbjudas person som inte på egen hand eller med stöd kan uppsöka vårdcentralen.

Avsteg från tröskelprincipen kan göras när individens sjukdom, funktionsnedsättning eller sociala situation motiverar detta.



# Hemsjukvård

Varje hemsjukvårdspatient ska ha:

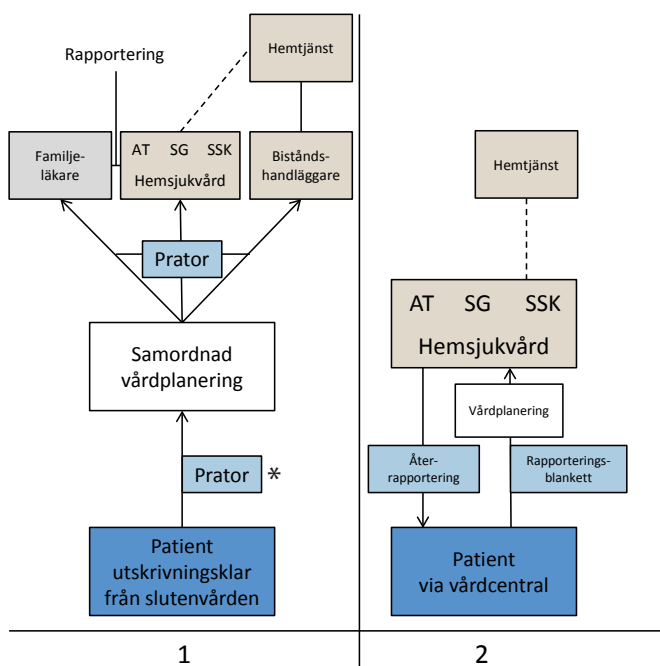
- en dokumenterad individuell vårdplan (bilaga 6)
- en omvårdnadsansvarig sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast
- en namngiven familjeläkare
- en årlig läkemedelsgenomgång.

Behovet av hemsjukvård kan finnas under en avgränsad tid och hemsjukvården avslutas därefter.

## Hur blir man hemsjukvårdspatient?

1. När en patient skrivs ut från slutenvård genomförs en samordnad vårdplanering där behov av hemsjukvård/hembesök/hemrehabilitering bedöms. Information till hemsjukvården sker via systemet Prator (se Informationsöverföring & samordnad vårdplanering, VKL, QR 111-I-01) eller överrapporteringsblankett (bilaga 7).
2. Familjeläkare bedömer att på grund av patientens hälsotillstånd ska insatser utföras i hemmet. Information till hemsjukvården sker via rapporteringsblankett (bilaga 2).

## Informationsflöde "Hur blir man hemsjukvårdspatient".



\* Om samordnad vårdplanering inte behövs används överrapporteringsblankett (bilaga 7 "Överrapportering från Västmanlands sjukhus till kommunal hemsjukvård") för överföring av patientuppgifter.

## Registrering i hemsjukvård

- Patient aktualiseras för insatser i hemmet genom bedömning av familjeläkare eller vid samordnad vårdplanering vid utskrivning från sjukhus.
- Individuell vårdplan ska upprättas. Kopia av den individuella vårdplanen ska finnas i patientens hem (bilaga 6).
- Patient registreras som hemsjukvårdspatient när hälso- och sjukvårdsinsatserna (inklusive rehabilitering) bedöms vara regelbundna och sammanhängande över tid (längre än 14 dagar).
- När en person är registrerad som hemsjukvårdspatient ansvarar kommunen för alla hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet som utförs av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast.
- Information lämnas till familjeläkare att patient är registrerad som hemsjukvårdspatient.
- När insatserna upphör eller när patienten kan besöka vårdcentral avregistreras patienten som hemsjukvårdspatient.
- Avregistreringen ska rapporteras till patientens familjeläkare.

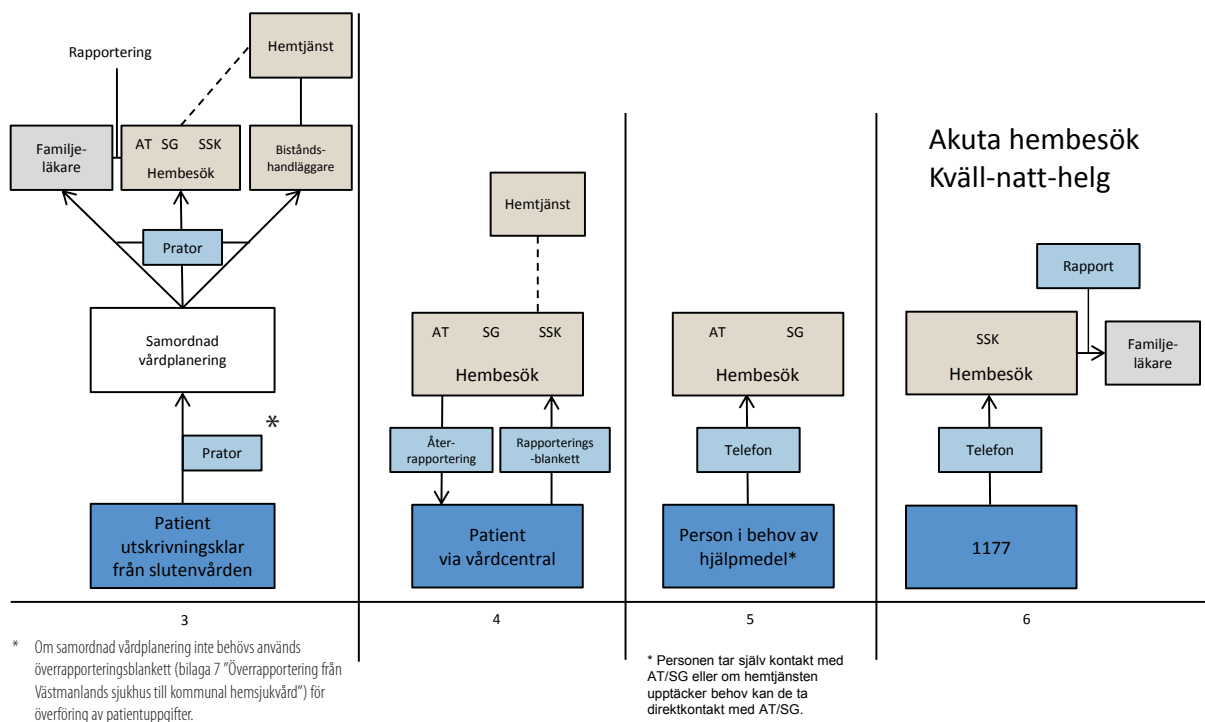
# Hembesök

- Både planerade och oplanerade hembesök ska utföras av kommunen. Med oplanerade besök avses behov av snabb insats vid oförutsedda behov.
- Patienten aktualiseras för hembesök på uppdrag av familjeläkare, vid samordnad vårdplanering i samband med utskrivning från sjukhus eller av 1177.
- Hembesök ska utföras när legitimerad personal har bedömt att det är motiverat för att kunna erbjuda en god och säker vård.
- Hembesök utförs under en begränsad tid.
- Föreskrivning av hjälpmedel eller andra insatser av arbetsterapeut eller sjukgymnast som kan ske genom enstaka besök i hemmet. Vid behov av hjälpmedel kan patienten kontakta arbetsterapeut eller sjukgymnast direkt (i Västerås via kontaktcenter).
- För person som erhåller hembesök ansvarar kommunen (t.o.m. ssk, at, sg) endast för de insatser som förorsakat hembesöket.

## Hur får man hembesök?

3. När en patient skrivs ut från slutenvård genomförs en samordnad vårdplanering där behov av hemsjukvård/hembesök/hemrehabilitering bedöms. Information till hemsjukvården sker via systemet Prator (se Informationsöverföring & samordnad vårdplanering, VKL, QR 111-I-01) eller överrapporteringsblankett (bilaga 7).
4. Familjeläkare bedömer att på grund av patientens hälsotillstånd ska insatser utföras i hemmet. Information till hemsjukvården sker via rapporteringsblankett (bil 2).
5. Vid behov av insatser tas direktkontakt med arbetsterapeut eller sjukgymnast.
6. Vid akuta behov kontaktar 1177 hemsjukvårdens sjuksköterska.

## Informationsflöde "Hur får man hembesök".



## Samtycke

Patientens samtycke ska alltid inhämtas vid informationsöverföring mellan huvudmännen. Samtycket ska dokumenteras i journalen.

# Ansvarsfördelning mellan landsting och kommun

## *Kommunens ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende enligt tröskelprincipen*

Hemsjukvårdsinsatser till och med sjuksköterske-, arbetsterapeut- och sjukgymnastnivå för personer 18 år och uppåt.

### Hemsjukvård/hembesök

- Planerade och oplanerade hembesök.
- Hemsjukvård/hembesök till personer som tillfälligt vistas i kommunen, men är bosatta på annan ort.
- Hemsjukvård/hembesök till personer som bor i kommunen, men har valt familjeläkare i en annan kommun.
- Hemsjukvård/hembesök till asylsökande.

### Rehabilitering

- Bedömning och träning av fysiska, sociala och psykiska funktionsnedsättningar som kräver att insatser sker i hemmet eller motsvarande (hemrehabilitering).
- Miljöanpassning, intyg om bostadsanpassning.
- Förskrivning och utprovning av hjälpmedel som kräver hembesök.
- Insatser till personer med långvariga funktionsnedsättningar och behov av återkommande rehabiliteringsperioder.

### Inkontinens

- Förskrivning av inkontinenshjälpmedel för personer registrerade som hemsjukvårdspatienter.

### Övriga förbrukningsartiklar

- Förbrukningsartiklar som omfattas av bassortiment på primärvårdsnivå enligt särskilt upprättad förteckning (ligger som bilaga till läkaravtalet).

### Palliativ vård

- Allmän palliativ vård.

## *Landstingets ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende enligt tröskelprincipen*

- Hembesök och hemsjukvård för barn upp till 18 år.
- Kostnader för hjälpmedel i ordinärt boende.
- Provtagningsutrustning och -material för av landstinget ordinerade prover.
- Kostnader för läkemedel.



## Insatser på specialistvårdsnivå

- All specialistvård inklusive habilitering och rehabilitering.
- Avancerad hemsjukvård.

## Insatser på primärvårdsnivå

- Läkarsatser i hemmet (se Avtal om läkarmedverkan).
- Förskrivning av hjälpmedel på mottagning.
- Förskrivning av inkontinenshjälpmedel för personer som inte är inskrivna i hemsjukvård.

## Utredningar

- Demensutredningar.

## Avlidna

- Transport till och förvaring i bårhus av personer avlidna i ordinärt boende, till dess kistläggning kan ske.

# Samverkan

En väl fungerande vård uppnås genom samverkan mellan kommunens vård och omsorg, primärvården och slutenvården. Genom ett utvecklat teamarbete mellan kommunens sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, hemtjänst och primärvårdens läkare och sjuksköterskor skapas förutsättningar för ett patientfokuserat samarbete mellan yrkesgrupper och över huvudmannasgränserna i vardagen.

## *Exempel på samverkansområden:*

- Samordnad vårdplanering vid utskrivning från sjukhus.
- Årlig individuell vårdplanering.
- Ta initiativ till och delta vid vårdplanering när behov uppstår.
- Gemensamma hembesök.
- Informationsöverföring.
- Fast tid för gemensamt patientarbete (teamarbete).

# Informationsöverföring

## *Från slutenvården*

Vid utskrivning från slutenvården sker informationsöverföring och kallelse till samordnad vårdplanering via Prator.

## *Mellan primärvård och kommunal hemsjukvård*

När en patient överförs från primärvården till kommunens hemsjukvård använder primärvården blankett ”Överrapportering från vårdcentral till kommunal hemsjukvård” (bilaga 2).

För återrapportering av insatser och vid avslutade insatser inom hemsjukvården använder kommunen blankett ”Rapportering från kommunal hemsjukvård till vårdcentralen” (bilaga 3).



Journalhandlingar bifogas vid behov.

Telefonsamtal som innehåller ordinationer eller förändrad behandling ska kompletteras med skriftlig information (blankett bilaga 2 eller bilaga 3).

Som stöd vid överrapportering se checklista (bilaga 4).

För patient som registreras som hemsjukvårdspatient ska individuell vårdplan ha upprättats.

## Vårdplanering

### *Samordnad vårdplanering*

Samordnad vårdplanering genomförs vid utskrivning från slutenvården då en planering av patientens fortsatta vård och omsorg efter utskrivning sker. Kallelse till samordnad vårdplanering sker i Prator, se vidare Informationsöverföring & samordnad vårdplanering (VKL, QR 111-I-01).

Deltagare i vårdplaneringen är patienten och/eller dennes företrädare samt de yrkesgrupper som bedöms nödvändiga.

### *Individuell vårdplanering*

För person inskriven i hemsjukvård/hemrehab ska en individuell vårdplanering genomföras i patientens hem inom två veckor efter inskrivning. Vårdplaneringen ska omfatta medicinsk genomgång, inklusive strukturerad läkemedelsgenomgång samt funktions- och rehabiliteringsbedömning. Vårdplaneringen ska vid behov samordnas med omvårdnadsplanering (biståndsbedömd hemtjänst).

Sammanställande till vårdplaneringen är patientansvarig sjuksköterska. Deltagare i vårdplaneringen är patienten och/eller dennes företrädare, läkare samt de yrkeskompetenser som bedöms nödvändiga. Vårdplan inklusive rehabplan ska upprättas och följas upp. Uppföljning ska ske när behov uppstår och minst 1 gång/år. Individuell vårdplan, se bilaga 6.

### *Individuell plan*

När den enskilde erhåller insatser från olika utförare, ex hemsjukvård, specialistsjukvård och socialtjänst ska en individuell plan upprättas. Den enskildes samtycke ska inhämtas. Den som först uppmärksammar eller får kännedom om att den enskilde har insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska ta initiativ till att upprätta en individuell plan. (Se Individuell plan – samverkansdokument mellan landstinget och kommunerna i Västmanlands län avseende samarbete och gemensam individuell planering mellan landstingets hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst, Q111-1-07 samt samverkansdokument mellan landstinget och kommunerna i Västmanlands län avseende samordning av insatser för habilitering och rehabilitering 2009-08-21).

## Delegeringar

Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14, 2000:1) samt i riktlinjer och lokala rutiner.

Med delegering avses att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal överlåter medicinska arbetsuppgifter till annan person som saknar formell kompetens. Delegeringen ska vara skriftlig och gäller max 1 år. Vid förlängning ska ny bedömning göras.

Den som överlåter en arbetsuppgift ska försäkra sig om att den som ska motta uppgiften verkligen har förutsättningar för att fullgöra den. Detta bör ske genom kontroll av de praktiska och teoretiska färdigheterna.

Varje delegationsbeslut ska dokumenteras.

Av dokumentationen ska framgå:

- patientens personuppgifter
- vilken arbetsuppgift som delegerats
- vem som delegerat uppgiften
- till vem uppgiften delegerats
- tiden för delegeringsbeslutets giltighet samt
- datum då beslutet fattades.

Den som delegerar och den som mottar en arbetsuppgift ska underteckna delegeringsbeslutet.

Beslut om ändrade delegeringar och om återkallelser av delegeringsbeslut ska också dokumenteras.

## Utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården

Utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården följer ansvaret för hälso- och sjukvården efter kommunalisering av hemsjukvården (se tröskelprincipen).

Utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården regleras i SOSFS 2005:29 och SOSFS 2007:18 där framgår att vårdgivaren ska utarbeta skriftliga direktiv som säkerställer att det finns ändamålsenliga rutiner och kompetens för utfärdande av intyg.

## Vart vänder man sig vid avvikelser/oenighet?

### Avvikelser

Avvikelser behandlas enligt respektive verksamhets ordinarie rutiner för avvikelshantering. Rapport till den andre huvudmannens verksamhetschef samt kopia till Vårdvalskansliet, Landstinget Västmanland och MAS i aktuell kommun. I Västerås ska kopia också skickas till Sociala nämndernas stab.

### Oenighet

Oenighet i verksamheten gällande huvudmannaskapsgräns och ansvar ska i första hand lösas av ansvarig familjeläkare och ansvarig kommunal sjuksköterska.

När verksamhetens parter inte kan enas

1. Kontakta verksamhetschef hos kommunal utförare eller hos annan utförare i aktuell kommun och verksamhetschef i primärvården som tillsammans behandlar problemet.

Vid fortsatt oenighet

2. Verksamhetschefer i primärvården presenterar ärendet för vårdvalsenheten (samt för de offentliga vårdcentralerna till ledningen för RO Primärvård). Verksamhetschef i kommunen presenterar ärendet för verksamhetens ledning.
3. Ärendet behandlas i Tjänstemannaberedningen (VKL) för vidare åtgärd
4. Ärenden som inte kan lösas på tjänstemannanivå behandlas i VKL:s styrelse för vidare hantering
5. Om ärendets art så kräver behandlas ärendet av respektive huvudman för beslut
6. Beslutet återrapporteras till respektive verksamhet så snart möjligt.

## Ansvar för hemsjukvård/hembesök på uppdrag av sjukhusklinik

Ingår inte i kommunaliseringen. Särskilt avtal kan tecknas mellan huvudmännen.

## Avgifter

Varje kommun och landstinget beslutar om avgifter.

## Länsövergripande samverkansavtal/överenskommelser

Gällande avtal/överenskommelser, se bilaga 1. Avtalen/överenskommelserna finns på VKL:s webbplats, [www.vkl.se](http://www.vkl.se).

## Länsövergripande samverkansavtal/överenskommelser

Från den 1 september 2012 gäller ansvarsgränserna efter kommunalisering av hemsjukvården för samtliga överenskommelser (se tabell) även om revidering ännu inte vidtagits.

Avtal/överenskommelse	Fastställd av	Från	Revidering*
Informationsöverföring & samordnad vårdplanering	Gemensamma nämnden (GN)	2007-08-21	
Egenvårds- eller Hälso- och sjukvårdsuppgift	GN	2009-07-03	
Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering	GN	2009-08-21	
Samverkansdokument för individuell plan	Tjänstemannaberedningen (GN)	2011-04-05	
Samverkansavtal gällande vuxna med psykiska funktionshinder	GN	2012-01-23	
Avtal om läkarmedverkan Bil: Bassortiment av omläggingsmaterial, provtagningsmaterial samt undersöknings- och behandlingsutrustning	Tjänstemannaberedningen (GN)	2009-01-19	2012-08-31
Förskrivning av hjälpmedel vid inkontinens Förtydligas i "Definition och ansvarsfördelning" vid kommunalisering av hemsjukvården Avtal/överenskommelse	VKL	2012-06-11	
Läkemedelsförråd	Landstinget Västmanland	2010-04-26	
Kosttillägg	Tjänstemannaberedningen (GN)	2011-05-30	2012-08-31
Enteral nutrition	Tjänstemannaberedningen (GN)	2011-05-30	2012-08-31

\* Revidering på grund av kommunalisering av hemsjukvården.

## Överrapportering från vårdcentral till kommunal hemsjukvård

Journalhandling

Avsändare

**Aidentifierade patientuppgifter:**  
(första bokstaven i för- och efternamn,  
år och fyra sista siffror i personnumret)

Faxnr:

Ansvarig läkare

Datum

Mottagare

Faxnr:

Patienten har lämnat medgivande till överföring av information

Aktuell information

SBAR: S=Situation, B=bakgrund, A=aktuellt tillstånd, R=rekommendation

Journalkopia bifogas

Ordinationshandling bifogas

Läkemedelslista bifogas

Provtagningsremiss/etikett skickas per post

Behov av vårdplanering

Önskad handläggningstid

Snabbt/samma dag

**Kontakta kommunens sjuksköterska per telefon**

Senast nästa dag

Datum för åtgärd

**RAPPORTERING FRÅN KOMMUNAL HEMSJUKVÅRD TILL VÅRD-CENTRALEN/SPECIALISTVÅRD**

Datum: \_\_\_\_\_

**OBS!** Fyll i blanketten. Skriv ut. Faxa. **Spar inte texten i datorn!**

Mottagare: \_\_\_\_\_ Faxnummer: \_\_\_\_\_

Avsändare: \_\_\_\_\_ Faxnummer: \_\_\_\_\_

Patienten har lämnat medgivande till överförande av information. 

Aidentifierade Patientuppgifter: (första bokstaven i för- och efternamn, år och fyra sista siffror i personnumret)

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Rapportering/bedömning**

SBAR: S=Situation, B=bakgrund, A=aktuellt tillstånd, R=rekommendation

Patienten inskriven i hemsjukvård  Patienten avslutas i hemsjukvård Avslutar uppdraget  Behov av vårdplanering **Rapporterat av**

Namn och befattning: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

# SBAR-checklista som hjälp vid överrapportering till kommunal hemsjukvård.

För att underlätta informationen föreslås att du använder dig av SBAR som är ett sätt att lämna och ta emot viktigt information strukturerat. Läs mer på SKL:s hemsida.

**S=** (står för situation, anledning till kontakt)

Ex. Patientens namn personuppgifter, adress och ev. portkod  
Hjälpinsatser ( hemtjänst, anhörigvårdare, personlig assistent)  
God man  
Dessa uppgifter fylls i valda fält i dokumentet

**B=** (står för bakgrund, kortfattad relevant sjukhistoria)

Tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse?  
Ex. diagnos/-er  
Aktuella problem och behandlingar tills nu?

**A=** (står för aktuellt tillstånd, status, bedömning)

Aktuella insatser av distriktssköterska?

Exempel:

- Omläggning?
- KAD, sond, stomi?
- Läkemedelshantering
  - Dosettindelning?
  - Pascal?
  - Waran?
- Provtagning ?
  - PK
- Injektioner
  - Insulin?
  - Behepan?
- Blodtryckskontroll
- Inkontinenshjälpmedel
- Medicinsk fotvård

Hälso-och sjukvårdsinsats som utförs av kommunen/motsv. på delegation?

OBS! Beakta ev. palliativa patienter, demenspatienter eller patienter med psykiatrisk problematik.

**R=** (står för rekommendation, åtgärd, tidsram,)

Följande åtgärder är aktuella framöver:

Ex. insulin, omläggning, KAD byte, provtagning etc

Hur ofta?

Hur länge?

När?

Bekräftelse på kommunikationen:

- Stäm av med mottagaren av informationen
- Finns fler frågor?

### Övrigt

- Senior alert riskbedömning
- BPSD
- SveDem



# Patientfall för att belysa tröskelprincipen

## Greta 93 år

Har haft en hjärtinfarkt för 10 år sedan. Hjärtflimmer som är stabilt. Mediciner T Trombyl, T Sotalol och laktulos mot förstoppning. Bor ensam i liten lägenhet. Två trappor med hiss. En son bosatt i samma kommun. Patienten är klar och redig. Går utan hjälpmedel inne. Rollator ute. Går inte ut själv. Har hemtjänst för matleverans och städ. Sonen sköter övrigt. Besöker sin mor flera gånger i veckan.

Sonen ringer till vårdcentralen och berättar att hans mamma har klagat över trötthet och ibland yrsel under senaste månaden. Inga andra symtom framkommer.

Sköterskan rådgör med läkaren på vårdcentralen som ordinerar provtagning blodstatus i hemmet av distriktssköterskan. Sköterskan kontaktar hemsjukvården som tar blodstatus, blodtryck och puls.

Blodtryck något för högt 175/92 och puls 78 jämn. Bedömer allmäntillståndet. Förnekar blod i avföringen. Greta mår ganska bra men beskriver sin tilltagande trötthet. Inga andra symtom och lever som vanligt men vilar mer.

Gretas blodvärde visar på 97 och hon kallas till läkarbesök tre dagar senare. Vidare utredning sker på vårdcentralen.

***Patientens symtom har kommit smygande och hon är ganska opåverkad i vardagen. Hon har en ringa fysisk funktionsnedsättning och ingen psykisk. Det kan inte anses vara motiverat till undantag från tröskelprincipen pga av sjukdom eller funktionsnedsättning. Patienten skulle vid första kontakt med vårdcentralen kallats direkt dit utifrån symtombilden.***

## Olle 62 år

Insulinbehandlad diabetiker, dålig njurfunktion, opererad för coloncancer, ingen metastasering, och har en stomi med komplikationer i huden runt stomiöppningen. Lider av svår oro och ångest periodvis. Ännu har man inte tagit ställning till om det är aktuellt med njurtransplantation enligt patienten. Är aktiv när han orkar. Kan gå men orkar oftast inte. Rullstol. Har en hustru som slutat sitt arbete för att sköta maken. Patienten sköter sin medicinering själv inkl. insulin. Ingen hemtjänst. Pat åker till sjukhus tre dagar i vecka för bloddialys. Åker sjukresa med rullstol dit.

Patienten behöver hjälp med stomiskötsel tre gånger i veckan och däremellan akuta besök vid läckage. Två dagar i veckan får patienten sin stomi omlagd på en mottagning på sjukhuset som ligger i anslutning till dialysavdelningen. Den tredje dagen är denna mottagning stängd. (dialysavd inte lägga om pga av smittspridning). Hemsjukvården åker därför hem till patienten och sköter stomin denna dag på eftermiddagen när patienten har kommit hem från dialysen.

***Patienten är svårt sjuk och har funktionsnedsättning pga sin uttalade trötthet. Undantag från tröskelprincipen är motiverad då det inte kan anses rimligt att patienten skall åka till vårdcentralen med hänsyn till patientens totala situation.***

## Carina 39

Har opererat bort livmodern. Kommer hem fredag eftermiddag. Har ont i operationssåret när hon går men lindrar smärtan med tryck av kudde vilket fungerar. Skall ha injektion Inohep (blodförtunnande) ca kl 20 i fem dagar. Patienten är mycket stickrädd och har uppmanats på vårdavdelningen att ringa till distriktssköterskan om hon inte klarar av det. Hon får veta att distriktssköterskan kan göra hembesök. Bor tillsammans med make och barn en mil utanför tätorten.

Patienten kontaktar vårdcentralen kl två på eftermiddagen och vill ha hjälp med injektionen i hemmet. Vårdcentralen kontaktar distriktssköterskan. Distriktssköterskan ringer upp patienten och försöker motivera pat att ge sig injektionen och ger henne instruktioner, vilket hon även fått på avdelningen. Distriktssköterskan frågar om hon får instruera maken men det går patienten inte med på. Inte heller går patienten med på att hon skall åka till jourcentralen i tätorten för att få sin spruta eftersom hon har så ont och har blivit lovad att få hembesök.

Distriktssköterska informerar patienten att hembesök görs ikväll och att patienten då skall försöka att ge sig själv under handledning eller att maken lär sig.

Distriktssköterska rapporterar till kvällssköterskan som åker till patienten. Hon öppnar dörren och har en kudde mot magen. Rör sig ganska obehindrat. Patienten vägrar att ge sig sprutan. Maken erbjuder sig men hon vägrar att gå med på detta.

***Patienten har funktionshinder pga av fobiskt beteende för sprutor. Ringa hinder pga av sjukdom. Inga fysiska hinder. Sköterskan förklarar för patienten att injektionen betecknas som egenvård och att det inte är motiverat med hembesök av distriktssköterska. De resterande sprutorna får hon åka till jourcentralen och ta.***

## Morat 72 år

Diabetiker, insulinbehandlad. Har en amputerad arm efter krigsskada. Nedsatt syn men läser med hjälpmedel. Har ett mycket stort svårläkt smärtsamt bensår som skall läggas om två gånger i veckan. Medicinskt bad av benet skall göras i samband med detta. Omläggningen tar inkl bad ca en timme. Tar läkemedel regelbundet mot smärtan men är inte smärtfri. Vill inte ta mer för då blir han för trött. Patienten bor tillsammans med hustru i en lägenhet fyra trappor med hiss. Hon talar ingen svenska. Hon hjälper maken att ställa in dosen på insulinpennan och patienten ger sig själv. Patienten går med stöd av en kryckkäpp inne. Går sällan ut vilket hustrun tycker är ett bekymmer. Patienten sitter mest och röker.

Distriktssköterskan vill att patienten skall komma till mottagningen pga av att det är lättare att utföra omläggningen på ett säkert sätt. Det är också en dålig arbetsmiljö i hemmet ergonomiskt. Förklarar också för patienten att man skall ta sig till vårdcentralen om man kan och att eftersom hon bedömer att han kan det så bokas mottagningsbesök. Patienten motsätter sig detta då han ogärna går ut och tycker att det är för dyrt med sjukresa. Pat bor nära vårdcentralen och skulle kunnat gå dit med rollator. Kan inte använda rollator pga av att han bara har en arm. Patienten kom inte till mottagningen. Distriktssköterskan ringer till patienten som säger att han har för ont att komma.

Distriktssköterskan gör hembesök. Pat går med kryckkäpp. Haltar men verkar inte smärtpåverkad. Omläggningen utförs i hemmet. Patienten motiveras ännu en gång att komma till vårdcentralen. Patienten uteblir och omläggningarna sker i hemmet fortsättningsvis.

***Patienten har inget funktionshinder eller sjukdom som motiverar att han inte skulle kunna åka till vårdcentralen två gånger i veckan för omläggning.***

## Vera 42 år

Har MS. Förvärsarbetar sex timmar per dag. Åker färdtjänst i rullstol till arbetet. Bor med två barn 10 och 14 år 2,5 mil utanför tätorten. Kan gå kortare sträckor inomhus med delastöd. Sköter i huvudsak hemmet själv. Har privat hjälp med tyngre städning mm.

Skall behandlas med läkemedel som skall injiceras en gång/vecka. Skall ges glutealt vilket utesluter att pat kan ge sig själv. Behandlingen ger efter ca två timmar svåra biverkningar med frossa och hög feber. Pat måste ligga och ta T Panodil. Pat kan inte arbeta dagen efter varför pat vill ha sin injektion fredag kväll så sent som möjligt för att först kunna umgås med barnen.

Patienten kräver att få injektionen i hemmet. Distriktssköterskan klarar inte att få patienten att förstå att hon inte kan få hemsjukvård. Injektionen ges i hemmet. Av en slump kommer ärendet till verksamhetschefens kännedom, som uppmanar distriktssköterskan att åter förklara att pat inte är berättigad till hemsjukvård. Patienten ringer verksamhetschefen och till slut enas de om att patienten ska passera vårdcentralen på väg hem från arbetet på fredagen och få sin injektion.

***Sjukdomen eller behandlingen av denna motiverar inte undantag från tröskelprincipen.***

***Inte heller föreligger det funktionshinder i den grad som hindrar patienten att ta sig till vårdcentralen/jourcentralen.***

## Märta 82

Operation hö höft. Planerat. Dålig blodcirkulation i benen sedan flera år med svårålkta sår av och till. Har klarat sig själv med enstaka insatser av en dotter. Tidvis gått till distriktssköterskan för omläggning av sår på benen. Rollator utomhus.

Vid hemkomst från sjukhuset har patienten två sår på vänster underben. Klarar att gå med rollator och ett levande stöd. Har rörelsesmärta. Hemtjänst flera gånger per dag. Rehabplan finns och målet är att patienten skall kunna återgå till ett självständigt liv. Arbetsterapeuten gör hembesök och deltar i vårdplaneringen. Instruerar patienten och övriga personalgrupper om träningsprogram.

Distriktssköterskan lägger om såret två gånger per vecka i hemmet. Pat skrivs in i hemsjukvård.

Efter fem veckor är patienten mycket bättre och går själv inne med en käpp.

Har börjat med kortare promenader ute. Bensåren är oförändrade.

Efter ny vårdplanering bestäms det att Märta skall åka till distriktssköterskan för omläggning av sina sår. Hon bedömer själv att hon klarar att ta sig från taxin in till vårdcentralen. Skrivs ut från hemsjukvården.

***Patientens funktionshinder med nedsatt rörelseförmåga och smärta efter operationen motiverar till undantag från tröskelprincipen. Patienten skrivs in i hemsjukvård eftersom det är svårt att bedöma hur lång tid behovet av hembesök kommer att vara. Efter god rehabilitering med minskad funktionsnedsättning skrivs patienten ut från hemsjukvården.***

## Individuell vårdplan

<b>Patientidentitet</b> (personnummer, namn och adress) Personnummer: Namn: Adress: Postnr/Ort: Tfn inkl riktnr:		<b>Patientansvarig läkare:</b>  <b>Patientansvarig ssk/at/sg:</b>	
<b>Medverkande vid vårdplaneringen</b> Patient <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om nej, ange orsak:		Närstående <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej 1. Namn: 2. Namn:	
<b>Deltagare vid vårdplaneringen</b> (namn och yrkesroll) Namn: Namn: Namn: Namn: Namn:		Befattning: Befattning: Befattning: Befattning: Befattning:	
<b>Patientens upplevda behov</b> (av vård, omsorg, rehabilitering/habilitering och läkarinsatser som patienten anser sig ha)		<b>Patientens bedömda behov</b>	
<b>Mål</b>			
<b>Beslutade insatser</b>		<b>Utförs av/ansvar</b>	
<b>Egenvård</b> (vård som en patient utför själv eller med hjälp av någon annan efter bedömning av behandlande läkare, egenvårdsintyg krävs)			
<b>Närståendeinsats</b>			
<b>Tidpunkt då vårdplanen är upprättad</b> (när sista justering är gjord) Datum/tid	<b>Tid när vårdplanen börjar gälla</b> (när alla insatser ska vara förberedda för att börja fungera) Datum	<b>Uppföljning</b> Datum	<b>Avslutad som hemsjukvårdspatient</b> Datum
<b>Vårdplan justerad av primärvård</b> Datum Namn Befattning		<b>Vårdplan justerad av kommun</b> Datum Namn Befattning	

Originalet förvaras hos kommunen  
Kopia till patienten  
Kopia till primärvården

## Överrapportering från Västmanlands sjukhus till kommunal hemsjukvård

**Datum**

<b>Avsändare</b>		<b>Avidentifierade patientuppgifter</b> (första bokstaven i för- och efternamn, år och fyra sista siffror i personnummer)
<b>Faxnummer</b>	<b>Telefonnummer</b>	<b>Ansvarig läkare</b>

<b>Mottagare</b>
<b>Faxnummer</b>

### Patienten har lämnat medgivande till överföring av information

#### Aktuell information

**SBAR:** S = Situation    B = Bakgrund    A = Aktuellt tillstånd    R = Rekommendation

Journalkopia bifogas

Ordinationshandling bifogas

Läkemedelslista bifogas

Provtagningsremiss/etikett skickas per post

Behov av vårdplanering

#### Önskad handläggningstid

Snabbt/samma dag

Senast nästa dag

Datum för åtgärd \_\_\_\_\_

**Kontakta kommunens sjuksköterska per telefon**