

Praktiska anvisningar till hemsjukvårdsavtalet

Fastställt av Chefsforum 211217. Tidigare fastställd av Ledningsgrupp för kommunalisering av hemsjukvården i Västmanlands län, 2012-12-04, VKLs diariernr: 2013-045.2.



Innehåll

Gemensam vision för hemsjukvården i Västmanlands län	3
Vem vänder sig anvisningarna till	3
Arbetsätt – Personcentrerad vård, samverkan och teamarbete	3
Vem kan få hemsjukvård	3
Hur får man hemsjukvård/hembesök	3
Informationsöverföring	4
Från slutenvården till kommunal hemsjukvård	4
Mellan primärvård och kommunal hemsjukvård	4
Översikt av den enskildes insatser	4
SIP	4
Hembesök	4
Vem och hur får man hembesök	4
Ansvarsfördelning mellan kommun och Regionen	5
Kommunens ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende	5
Primärvården och slutenvårdens ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende	6
Övriga insatser	6
Delegeringar	6
Utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården	6
Avvikelse	7
Oenighet	7
Bilaga 1 Individuell plan	8
Bilaga 2 Överrapporteringsblankett	10
Bilaga 3 Rapportering från kommunal hemsjukvård till vårdcentral/specialistvård	11
Bilaga 4- SBAR	13
Bilaga 5 Patientfall	15

Gemensam vision för hemsjukvården i Västmanlands län

”Hemsjukvården i Västmanland – en trygg och säker vårddygnet 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.”

Vem vänder sig anvisningarna till

Anvisningarna vänder sig till alla medarbetare som arbetar med individer som har hemsjukvård, oavsett huvudman. Målet med anvisningarna är att tydliggöra arbetsformer, vem som kan få hemsjukvård, hur individen kan få det samt ansvarsfördelningen mellan huvudmännen.

Till anvisningarna finns följande bilagor:

- individuell plan
- överrapporteringsblankett
- återrapporteringsblankett
- checklista enligt ”SBAR”
- exempelsamling över patientfall

Respektive huvudman kan komplettera de praktiska anvisningarna med egna lokala rutiner.

Arbetssätt – Personcentrerad vård, samverkan och teamarbete

Insatserna som ges ska vara personcentrerade, evidensbaserade och utgå från ett salutogent synsätt. Personcentrerad vård innebär att personen och inte sjukdomen sätts i fokus. Målet med den personcentrerade vården är att personen ska kunna leva ett värdigt liv och känna välbefinnande trots sjukdom. God samverkan och teamarbete mellan vårdgivarna är hörnstenar för att uppnå en trygg och säker hemsjukvård. Väl fungerande samverkan och teamarbete skapar också förutsättningar för en gemensam samsyn där patientens behov står i fokus.

Vad är hemsjukvård

Hemsjukvård är hälso- och sjukvård som utförs i patientens bostad eller motsvarande under en sammanhängande tid, längre än 14 dagar. Hemsjukvård inkluderar även hembesök.

insatserna utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller genom delegering till annan vårdpersonal, exempelvis undersköterska.

Vem kan få hemsjukvård

Personer ≥ 18 år som bor i ordinärt boende kan få hemsjukvård.

Tröskelprincipen; I första hand ska den som är i behov av hälso- och sjukvårdsinsatser vända sig till vårdcentralen/familjeläkarmottagning. Kan personen på grund av hälsoskäl, funktionsnedsättning eller social situation inte ta sig till vårdcentral/ familjeläkarmottagning erbjuds hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet. En medicinsk bedömning ligger alltid till grund för beslutet. Ansvaret för insatserna kan över tid växla mellan huvudmännen utifrån patientens behov och hälsotillstånd.

Hur får man hemsjukvård/hembesök

1. Efter utskrivning från sjukhusvistelse;
Finns det behov av hemsjukvård/hembesök efter sjukhusvistelse sker informationsöverföring till hemsjukvården via Cosmic Link eller fax med överrapporteringsblankett (bilaga 2)
2. Familjeläkare bedömer att en person är i behov av hemsjukvård/hembesök

Informationsöverföring

Patientens samtycke ska alltid inhämtas vid informationsöverföring mellan vårdgivare. Samtycket ska dokumenteras i respektives huvudmans journalen.

Från slutenvården till kommunal hemsjukvård

Vid utskrivning från slutenvårds sker informationsöverföring och kallelse till samordnad individuell plan, SIP, via Cosmic Link. För mer information se länsgemensamma riktlinjer; [Samverkan vid utskrivning - Region Västmanland \(regionvastmanland.se\)](https://regionvastmanland.se/samverkan-vid-utskrivning)

Mellan primärvård och kommunal hemsjukvård

När en patient överförs från primärvården till kommunens hemsjukvård sker informationsöverföring från primärvården via vårdbegäran Cosmic Link eller fax med blankett "Överrapportering från vårdcentral till kommunal hemsjukvård" (bilaga 2). Återrapportering av insatser och vid avslutade insatser inom hemsjukvården överför kommunen information via Cosmic Link eller fax med blankett "Rapportering från kommunal hemsjukvård till vårdcentralen" (bilaga 3). Journalhandlingar bifogas vid behov.

Övrigt: telefonsamtal som innehåller ordinationer eller förändrad behandling ska kompletteras med skriftlig information (blankett bilaga 2 eller bilaga 3). Som stöd vid överrapportering används SBAR se checklista "SBAR" (bilaga 4).

Översikt av den enskildes insatser

Patient som är inskriven i hemsjukvård skall ha:

- Namngiven familjeläkare (fast läkarkontakt)
- Namngiven sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut
- Skriftlig plan över insatserna. Planen följs upp utifrån behov men minst 1 gång/år (bilaga 1)
- En årlig läkemedelsgenomgång

SIP

Om personen erhåller insatser från olika utförare, exempelvis vårdcentral/specialistsjukvård, hemsjukvård, och socialtjänst ska bedömning göras om en SIP ska upprättas.

Om behov finns ska den enskildes samtycke inhämtas för genomförande av SIP.

Sammanfattande till planeringen är den som identifierat behovet. Deltagare är patienten, och/eller dennes företrädare, samt involverade yrkesprofessioner. SIP, en ska följas upp minst en gång per år. Kallelse till SIP sker via Cosmic Link.

För övrigt se <https://regionvastmanland.se/vardgivare/avtal-och-samverkan/samverkansdokument/samverkan-vid-utskrivning/>

Hembesök

Vem och hur får man hembesök

Både planerade och oplanerade hembesök ska utföras av kommunen. Hembesöken sker under en begränsad tid. För person som erhåller hembesök ansvarar kommunen endast för de insatser som förorsakat hembesöket. Hembesök ska utföras när legitimerad personal har bedömt att det är motiverat för att kunna erbjuda en god och säker vård.

På följande sätt kan en person få hembesök:

- Familjeläkare identifierar behov av hembesök
- Vid utskrivning från sjukhus
- Genom 1177-telefoni under jourtid
- Från specialistsjukvårdsmottagning enligt avtal
- Via mobila familjeläkarenheten

Ansvarsfördelning mellan kommun och Regionen

Kommunens ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende

Kommunen ansvarar för följande, i samverkan med primärvården

- Personer ≥ 18 år
- Alla insatser, upp till sjuksköterskenivå, för patienter som vårdcentralen ansvarar för, oavsett diagnos
- Hela dygnet, årets alla dagar
- Både akuta och planerade besök

Hemsjukvård/hembesök:

- Planerade och oplanerade hembesök.
- Hemsjukvård/hembesök till personer som tillfälligt vistas i kommunen, men är bosatta på annan ort. Vistelsekommunen kontaktar hemkommunen för överenskommelse om ersättning.
- Hemsjukvård/hembesök till personer som bor i kommunen, men har valt familjeläkare i en annan kommun.
- Hembesök som uppförs på uppdrag av annan vårdgivare än primärvården ingår inte i kommunaliseringen av hemsjukvården men kan utföras om avtal är upprättat, t.ex. med specialistvården.
- Hemsjukvård/hembesök till asylsökande

Rehabilitering

- Bedömning och träning av fysiska, sociala och psykiska funktionsnedsättningar som kräver att insatser sker i hemmet.
- 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 - vård i livets slutskede

Kommunen ansvarar för allmän palliativ vård i ordinärt boende.

Ibland behöver patienten insatser av kommunal hemtjänst och AH-Teamet. Då kan delegering över vårdgivargräns bli aktuellt. Vid delegering över vårdgivargräns ska samråd med mottagande arbetsledning ske.

Palliativ vård är hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående. De palliativa vårdbehoven kan tillgodoses med hjälp av allmän eller specialiserad palliativ vård. En samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas och dokumenteras i respektive vårdgivares journalsystem.

Utredningar och uppföljning

Regionen har huvudansvar för utredningar och uppföljningar av medicinska diagnoser/status.

Dock är kommunens sjuksköterska och arbetsterapeut medansvarig i utredning/uppföljning av kognitiv svikt och demenssjukdom för personer som är inskrivna i hemsjukvård. Var god se länsgemensamma rutiner för basal minnesutredning på vårdgivarwebben; [Samverkansdokument - Region Västmanland \(regionvastmanland.se\)](http://regionvastmanland.se)

Övriga utredningar och uppföljning: sjuksköterska ansvarar för att utföra de insatser som ordinerats av läkaren

Primärvården och slutenvårdens ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende

- Läkarsatser i hemmet enligt avtal
- Rehabiliteringsinsatser på mottagning; Behandling, träning och hjälpmedelsförskrivning
- Förskrivning av inkontinenshjälpmedel för personer som inte är inskrivna i hemsjukvård
- Kostnader för hjälpmedel i ordinärt boende
- Provtagningsutrustning och -material som ordinerats av regionen
- Kostnader för läkemedel
- All specialistvård, inklusive habilitering och rehabilitering
- Hemsjukvård och hembesök för barn upp till 18 år
- Avancerad hemsjukvård, exempelvis specialiserad palliativ vård, AH-team

Utredningar och uppföljningar

Regionen har huvudansvar för utredningar/uppföljningar

Avlidna

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

Ansvar för hemsjukvård/hembesök på uppdrag av sjukhusklinik

Ingår inte i kommunaliseringen. Särskilt avtal har tecknats mellan huvudmännen

Övriga insatser

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. Delegering över vårdgivargräns kan göras men förutsätter att mottagaren av uppgiften har sin arbetslednings tillåtelse att utföra arbetsuppgiften.

Utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården

Utfärdande av intyg, till exempel egenvårdsintyg, inom hälso- och sjukvården följer ansvaret för hälso- och sjukvården efter kommunalisering av hemsjukvården för personer över 18 år. Utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården regleras i HSLF-FS 2018:54 där framgår att vårdgivaren ska utarbeta skriftliga direktiv som säkerställer att det finns ändamålsenliga rutiner och kompetens för utfärdande av intyg.

Avgifter

Respektive kommun och Regionen beslutar själva om avgifter

Avvikelser

Avvikelser behandlas enligt respektive verksamhets rutiner för avvikelshantering.

Rapport **sänds** till den andre huvudmannens verksamhetschef samt kopia på avvikelserna till Vårdval primärvård Region Västmanland, och MAS i aktuell kommun.

Oenighet

Uppstår samverkansproblem eller oenighet kring ansvarsfrågor eller i samverkan kring patienten på lokal nivå ska dessa i första hand lösas mellan berörda professioner på vårdcentral respektive kommun.

Kvarstår oenighet lyfts ärendet vidare till närmast ansvariga chefer för vårdcentral och kommun.

Kan oenigheten inte lösas på lokal nivå lyfts ärendet till Vårdval Primärvård samt utsedd företrädare för kommunen.

Om parterna inte där heller kommer fram till en lösning, aviseras oenigheten till samverkansforum för hälso- och sjukvårds- och socialtjänstfrågor på tjänstepersonnivå, det vill säga Chefsforum. Om ärendets art så kräver behandlas ärendet av respektive huvudman för beslut. Beslutet återrapporeras till respektive verksamhet så snart möjligt

Patientidentitet (personnummer, namn och adress) Personnummer: Namn: Adress: Postnr/Ort: Tfn inkl riktnr:	Patientansvarig läkare: Patientansvarig ssk/at/sg:																		
Medverkande vid vårdplaneringen 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:																		
Deltagare vid vårdplaneringen (namn och yrkesroll) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Namn</td> <td style="width: 50%;">Befattnin</td> </tr> <tr> <td>n:</td> <td>g:</td> </tr> <tr> <td>Namn</td> <td>Befattnin</td> </tr> <tr> <td>n:</td> <td>g:</td> </tr> <tr> <td>Namn</td> <td>Befattnin</td> </tr> <tr> <td>n:</td> <td>g:</td> </tr> <tr> <td>Namn</td> <td>Befattning:</td> </tr> <tr> <td>n:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Namn:</td> <td></td> </tr> </table>		Namn	Befattnin	n:	g:	Namn	Befattnin	n:	g:	Namn	Befattnin	n:	g:	Namn	Befattning:	n:		Namn:	
Namn	Befattnin																		
n:	g:																		
Namn	Befattnin																		
n:	g:																		
Namn	Befattnin																		
n:	g:																		
Namn	Befattning:																		
n:																			
Namn:																			
Patientens upplevda behov (av vård, omsorg, rehabilitering/habilitering och läkarinsatser som patienten anser sig ha)	Patientens bedömda behov																		
Mål																			

Beslutade insatser		Utförs av/ansvar	
Egenvård (vård som en patient utför själv eller med hjälp av någon annan efter bedömning av behandlande läkare, egenvårdsintyg krävs)			
Närståendeinsats			
Tidpunkt då vårdplanen är upprättad (när sista justering är gjord) Datum/tid	Tid när vårdplanen börjar gälla (när alla insatser ska vara förberedda för att börja fungera) Datum	Uppföljning Datum	Avslutad som hemsjukvårdspati ent Datum
Vårdplan justerad av primärvård Datum Namn Befattning		Vårdplan justerad av kommun Datum Namn Befattning	

Originalen förvaras

hos kommunen

Kopia till patienten

Kopia till primärvården

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

JOURNALHANDLING

RAPPORTERING FRÅN KOMMUNAL HEMSJUKVÅRD TILL VÅRD- CENTRALEN /SPECIALISTVÅRD

Datum: _____

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

Mottagare: _____ Faxnummer: _____

Avsändare: _____ Faxnummer: _____

Patienten har lämnat medgivande till överförande av information. ☐

Avidentifierade 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

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

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

R= (står for 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

Bilaga 5 Patientfall

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 får 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 år

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 smärt- samt 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 sextimmar per dag. Åker färdtjänst i rullstol till arbetet. Bor med två barn 10 och 14 år 2,5 mil utanför tätorten. Kangå 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 timmars svåra biverkningar med frossa och hög feber. Pat måste ligga och ta TPanodil. 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. Även 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 svår läkta 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 en person. 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: 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.