

# Praktiska anvisningar för tolkning av hemsjukvårdsavtalet i Östergötland

---

## Ingress

Hemsjukvårdens ska präglas av helhetssyn på den enskildes behov. Patientens/brukarens behov är utgångspunkt och aktivt samarbete över organisations- och huvudmannaskapsgränser är självklart. Roller och ansvarsfördelning mellan olika yrkeskategorier och sjukvårdshuvudmän ska vara så tydlig att alla som behöver hemsjukvård får en patientsäker och sammanhållen vård och omsorg av högsta kvalitet. Risker för att parallella organisationer byggs upp ska minimeras.

Hemsjukvården ska präglas av respekt och tillit. Samarbete över organisationsgränser är av avgörande betydelse, liksom multiprofessionellt teamarbete och lärande av varandra.

Den praktiska anvisningen vänder sig till alla medarbetare i hemsjukvård, oavsett huvudman. Ambitionen är att underlätta samverkan genom att skapa ett vägledande dokument som tydliggör ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting, utifrån hemsjukvårdsavtalet<sup>1</sup> och den utredning som föregick det slutgiltiga avtalet<sup>2</sup>.

I dokumentet hittar du förtydliganden av avtalstexter och lättillgänglig information om ansvarsfördelningen. Ett omfattande arbete har lagts ner på att identifiera de svåraste frågorna och ta fram exemplifierande patientfall som belyser ansvarsfördelningen i olika situationer. Alla patientfall finns samlade i bilaga 1. Hänvisningar återfinns också löpande i dokumentet, där de exemplifierar den ansvarsfördelningen som beskrivs. Patientfallen är märkta med "S" för somatik, "P" för psykiatri och "R" för rehabilitering.

Aktuella vårdprogram, vårdprocessprogram, riktlinjer och PM ska följas.

- ✓ Den praktiska anvisningen kan kompletteras med lokala rutiner och överenskommelser.
- ✓ Den kommun som vill öka sitt åtagande ytterligare kan teckna avtal med landstinget.

Den praktiska anvisningen är ett levande dokument som uppdateras enligt beslut i den strategiska ledningsgruppen (SLG). Vid eventuell tveksamhet om vilket dokument som är giltigt är det den information som är tillgänglig via [www.lio.se/hemsjukvard](http://www.lio.se/hemsjukvard) som gäller.

---

<sup>1</sup> *Avtal mellan Landstinget och kommunerna i Östergötlands län om överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende*

<sup>2</sup> *Hemsjukvårdsreformen - Utredning av förutsättningar för kommunalisering av hemsjukvård och förslag till ny ansvarsfördelning – rapport från projektgrupp 1, 2012-04-16*

# Patientlöften och ledstjärnor

---

## Patientlöften

Den som behöver hälso- och sjukvård i hemmet ska erbjudas hemsjukvård av god kvalitet. Hemsjukvården ska präglas av helhetssyn på den enskildes behov. Hemmet som plats för vård och omsorg ska tillvaratas på bästa sätt. Varje hemsjukvårdspatient ska ha:

- En dokumenterad individuell vård-/rehabiliteringsplan
- En namngiven ansvarig sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast
- En namngiven ansvarig läkare
- Minst en årlig läkemedelsgenomgång

## Ledstjärnor

Patienter med behov av hälso- och sjukvård i hemmet ska, utifrån sina behov och förutsättningar, mötas med respekt och ges möjlighet att vara medskapare av den vård och omsorg som ges.

Följande ledstjärnor ska känneteckna arbetet:

- Vad som är bäst för den enskilde ska vägleda arbetet.
- Helhetssyn och kontinuitet utifrån den enskildes behov ska prägla alla insatser.
- Samordning av insatser hos en huvudman ska, så långt det är möjligt ur patientsäkerhets- och patientnyttoperspektiv, ske.
- Parallella organisationer ska undvikas.
- Ökad vårdkvalité och patientsäkerhet är den gemensamma ambitionen.
- Det kommer att ske kontinuerligt gemensamt utvecklingsarbete.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Ingress .....	1
<b>ANSVARSFÖRDELNING MELLAN KOMMUN OCH LANDSTING.....</b>	<b>5</b>
Generella grundprinciper .....	5
Grund för undantag från tröskelprincipen.....	6
<b>KOMMUNENS ANSVAR.....</b>	<b>7</b>
Kommunens ansvar generellt.....	7
Somatisk hemsjukvård – omfattning av kommunens ansvar.....	7
Psykiatrisk hemsjukvård – omfattning av kommunens ansvar.....	8
Rehabiliterande hemsjukvård och hjälpmedel – omfattning av kommunens ansvar.....	8
<b>LANDSTINGETS ANSVAR .....</b>	<b>10</b>
Landstingets ansvar, generellt.....	10
Läkaransvar.....	10
Konsultativt stöd.....	10
Sällankompetens .....	11
Specialiserad hemsjukvård.....	12
Somatisk hemsjukvård – omfattning av landstingets ansvar .....	12
Psykiatrisk hemsjukvård – omfattning av landstingets ansvar .....	12
Rehabilitering och hjälpmedel – omfattning av landstingets ansvar .....	13
Hur man blir patient i hemsjukvård .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
Vårdplaneringsrutiner och överrapportering av patientinformation.....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
<b><u>KAPITEL 2 SPECIFIKA FRÅGOR i bokstavsordning</u></b>	
Avgifter.....	16
Avvikelsehantering .....	16
Delegering.....	16
Demensutredningar .....	17
Egenvård .....	18
Förbruknings- och förbandsmaterial.....	18
Hembesök .....	18
Hemsjukvård.....	18
Inkontinenshjälpmedel.....	19

Läkemedel.....	19
Oenighet om ansvarsfördelning – arbetssätt vid eventuell oenighet .....	19
Omhändertagande av avlidna i ordinärt boende .....	20
Ortoser.....	20
Provtagningsmaterial .....	20
Smittskydd och vårdhygien.....	20
Tolkningsföretråde .....	20
Bilaga 1 Exempelsamling patientfall .....	22
Somatisk hemsjukvård .....	22
Psykiatrisk hemsjukvård .....	63
Rehabiliterande hemsjukvård.....	89

# KAPITEL 1 ANSVARSFÖRDELNING

---

## ANSVARSFÖRDELNING MELLAN KOMMUN OCH LANDSTING

### Generella grundprinciper

I första hand ska den som behöver hälso- och sjukvård vända sig till den vårdcentral som man är listad på.

Det är behovet av hälso- och sjukvård som avgör ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting. En medicinsk bedömning måste alltid ligga till grund för beslutet och ansvaret kan över tid växla mellan huvudmännen, beroende på patientens behovsbild.

Vid behov av **hemsjukvård** vägleder tröskelprincipen:

*Den som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet får hälso- och sjukvårdsinsatser av kommunen. Personer som kan ta sig till vårdcentral/mottagning får hälso- och sjukvårdsinsatser från landstinget.*

Hälso- och sjukvård i hemmet är förbehållet dem som av hälsoskäl inte kan ta sig till vårdcentral/mottagning. Tröskelprincipen tydliggör att den som kan ta sig till landstingets vårdinrättning (vårdcentral eller mottagning) ska vända sig dit.

Grundprincipen för den **somatiska hemsjukvården** är att kommunen, utan åldersgräns, ansvarar för hemsjukvård och hembesök till personer som har behov av hälso- och sjukvård i hemmet, utom i vissa undantagsfall som kännetecknas av komplexitet i den enskildes behovsbild och därmed är landstingets ansvar. För exemplifierande patientfall avseende hembesök se t ex patientfall S9, S10, S12, S23, S32, S34, S38.

En patient som behöver specialiserad hemsjukvård kan samtidigt behöva kommunens hemsjukvård om det föreligger behov av dagliga och över tid regelbundna insatser, som t e x insulingivning, sondmatning, daglig omläggning av sår etc. I förekommande fall initierar den specialiserade hemsjukvården samverkan, se t ex patientfall S21.

När det gäller **psykiatrisk hemsjukvård** finns en checklista<sup>3</sup> med särskilda kriterier som ska vara uppfyllda för att hemsjukvårdsansvaret ska övergå till kommun. Två viktiga grundprinciper är att personen ska ha fyllt 18 år samt att personen i fråga ska ha insatser från både kommun och landsting för att kommunen ska ansvara för hemsjukvården.

När det gäller **rehabiliterande hemsjukvård** är det patientens behov och mål med insatserna som avgör om rehabiliteringsinsatser bäst utförs i hemmet eller på mottagning.

Patientens **hjälpmedelsbehov** är ofta relaterat till boendemiljön, vilket innebär att undantag från tröskelprincipen görs i de flesta fall. Förskrivning av hjälpmedel ska ske där bedömning/behandling utförs, oavsett huvudman. Förskrivning sker av behörig hjälpmedelsförskrivare enligt läns gemensamt regelverk.

---

<sup>3</sup> se sid 8.

## Grund för undantag från tröskelprincipen

I vissa fall kommer det att finnas anledning att göra undantag från tröskelprincipen. Undantag görs ur patientnyttoperspektiv och/eller patientsäkerhetsperspektiv samt med hänsyn tagen till samhällsnyttan. Bedömningen görs av patientansvarig vårdgivare, är beroende av den aktuella situationen och kan innebära att hembesök görs vid särskilda tillfällen hos en patient som normalt besöker vårdcentral/mottagning.

*Undantag kan göras då personens sjukdom eller funktionsnedsättning motiverar avsteg från de grundläggande principerna eller om synnerliga skäl föreligger. Gränssnittsdokument och den enskildes vård- och rehabiliteringsplan är styrande för ansvarsfördelningen mellan huvudmännen.*

Ett synnerligt skäl kan t ex vara social situation, psykisk ohälsa, smittsamhet, nedsatt immunförsvar eller behov av medicinsk behandling kvälls- och nattetid. Bedömningen är beroende av den aktuella situationen och utgår ifrån vad som är bäst för den enskilde patienten. Det kan innebära att hembesök görs vid enstaka tillfällen eller under en sammanhängande tidsperiod hos en patient som annars besöker vårdcentral/mottagning.

Gränssnittsdokument och den enskildes samordnade individuella vårdplan (SIP) alternativt vård-/rehabiliteringsplan är styrande för ansvarsfördelningen mellan sjukvårdshuvudmännen. Det är alltid den enskildes behov som styr och undantagen kan gälla både hembesök och hemsjukvård.

Patienten har inte rätt att själv besluta om vårdform eller vårdnivå. Kommunens eller landstingets resurser får aldrig vara avgörande.

*Skäl till undantag från tröskelprincipen ska dokumenteras i den enskildes vård-/rehabiliteringsplan och i patientjournalen.*

Följande patientfall visar exempel på undantag från tröskelprincipen och situationer när synnerliga skäl föreligger:

Behov av medicinsk behandling kvälls- och nattetid: S3, S8, S12, S13, S16, S19, S20, S28, S30, S33

Psykisk ohälsa: S26, S41, S42

Smittsamhet: S10, S11, S17, S35, S37, S28

Social situation: S1

## **KOMMUNENS ANSVAR**

### **Kommunens ansvar generellt**

Grundprincipen är att hemsjukvård är kommunens ansvar.

Kommunens hemsjukvårdsansvar omfattar somatiska, psykiatriska och rehabiliterande insatser som genomförs i såväl ordinärt som särskilt boende och i daglig verksamhet. Kommunens uppdrag omfattar även planerade hembesök för utförande av enstaka sjukvårdsuppdrag, oplanerade hembesök för bedömning och assistans vid läkares myndighetsutövning. Oplanerade hembesök kräver endast vårdplanering per telefon, dvs. överenskommelse om att hembesök ska ske, eventuell åtgärd och återkoppling.

Kommunens ansvar omfattar insatser som utförs av skötare, undersköterska, sjuksköterska eller distriktssköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. med stöd av distriktsläkare eller läkare på specialistklinik, inklusive såväl planerade som oplanerade hembesök. Med oplanerade besök avses snabb insats från sjuksköterska vid oförutsedda behov. Hemsjukvårdsansvaret startar från den dag behovet uppstår. Hemsjukvård och hembesök utförs hela dygnet.

Det finns ingen generell åldersgräns för kommunens uppdrag, men barn- och ungdomspsykiatri (BUP), Barn-LaH och habiliteringens insatser är landstingets ansvar.

### **Somatisk hemsjukvård – omfattning av kommunens ansvar**

All hemsjukvård som till och med den 19 januari 2014 var primärvårdens/vårdcentralernas ansvar överförs till kommunen, inkl allmän palliativ vård och vissa uppdrag som LaH har utfört på uppdrag från annan klinik.

Kommunens ansvar inkluderar även allmän palliativ vård. Kontinuitet och trygghet i vården måste kunna upprätthållas och säkerställas dygnet runt. Distriktsläkare är ansvarig för den allmänna palliativa vården, genomför brytpunktssamtal samt ordinerar vid behovs läkemedel för vården i livets slutskede. LaH-läkare och sjuksköterska kontaktas, vid behov, för konsultativt stöd, se t ex patientfall *S21, S22, S24, S26, S27, S29, S31*.

Med vägledning av tröskelprincipen inkluderar kommunens ansvar, i vissa fall, även intravenösa antibiotikabehandlingar (se patientfall *S7, S19; S20, S30 och S31 och S39*), blodtransfusioner (se patientfall *S4 och S26*) och okomplicerade intravenösa vätske- och nutritionsbehandlingar (se patientfall *S16, S21 och S28*) som utförs på uppdrag av specialistsjukvården eller specialist i allmänmedicin.

## Psykiatrisk hemsjukvård – omfattning av kommunens ansvar

Kommunens psykiatriska hemsjukvårdsansvar omfattar personer med långvarig och allvarlig psykisk funktionsnedsättning som har behov av vård- och stödinsatser från både kommun och landsting.

### Kriterier för psykiatrisk hemsjukvård, kommunens ansvar

- Personen är över 18 år (barn- och ungdomspsykiatri betraktas som specialistsjukvård)
- Långvarig och allvarlig psykisk funktionsnedsättning föreligger
- Personen har insatser från båda huvudmännen
- Kommunal insats i form av hemtjänst eller boendestöd
- Social/medicinsk utredning och bedömning är klar
- Personen befinner sig i sitt habitualtillstånd (inte i en akut sjukdomsfas)
- Medicinering är inställd
- Personen samtycker till samordnad individuell plan (SIP)

Om samtliga ovanstående kriterier är uppfyllda kan kommunal psykiatrisk hemsjukvård aktualiseras. Den enskildes vårdplan avgör alltid ansvarsfördelningen och en samordnad individuell plan (SIP) ska alltid finnas.

För ytterligare fördjupning, se patientfall *P1-P15* samt *S26*.

### Rehabiliterande hemsjukvård och hjälpmedel – omfattning av kommunens ansvar

Vid behov av **rehabiliterande hemsjukvård** är grundprincipen att kommunen har ansvaret för rehabilitering som utförs i patientens hem oavsett boendeform. Rehabilitering i hemmet utgår från patientens behov och syftar till att möjliggöra för patienten att bättre kunna klara sig i sin egen hemmiljö.

En rehabiliteringsplan ska alltid upprättas, enligt länsgemensam rutin.

I det kommunala ansvaret ingår inte rehabiliteringsinsatser som utförs på mottagning.

#### Kommunens ansvar för rehabiliterande hemsjukvård:

- Rehabiliteringsinsatser som utförs av sjukgymnast, arbetsterapeut och/eller sjuksköterska, se exemplifierande patientfall *R1-5, R9, R21, R22*
- Amputerade patienter som inte bedöms bli protesgångare och har rehabiliteringsbehov i hemmet, se exemplifierande patientfall *R6*

#### Kommunens ansvar för bostadsanpassning:

- Bostadsanpassningsutredning görs i de fall där kommunen har rehabiliteringsansvaret, se exemplifierande patientfall *R6 – R7*



- Där landstinget har rehabiliteringsansvaret ska större bostadsanpassning göras i samråd med kommunen

**Kommunens ansvar vid demensutredning:**

- Medverka i demensutredningar och uppföljningar, i enlighet med vårdprogram, genom insatser av sjuksköterska och arbetsterapeut.

**Kommunens ansvar för hjälpmedel:**

- Kommunen har kostnadsansvaret för alla hjälpmedel, exkl. klinikhjälpmedel samt hjälpmedel som förskrivs inom Barn- och ungdomshabiliteringen upp till 18 år.
- Förskrivning av hjälpmedel enligt gränssnitt hjälpmedel, se exemplifierande patientfall *R9*

# LANDSTINGETS ANSVAR

## Landstingets ansvar, generellt

Landstinget ansvarar för all mottagningsverksamhet i primärvård och specialistsjukvård. Medarbetare från vårdcentral och/eller specialistsjukvård kan göra enstaka besök (hembesök, arbetsplatsbesök eller besök på annan plats där patienten vistas) utanför mottagningen då detta är ett led i en pågående behandlingsprocess i landstingets åtagande för att tillgodose patientens behov av omvårdnad, utredning, behandling och rehabilitering.

Landstingets specialistkliniker ansvarar för att medarbetare i hemsjukvård får erforderlig information för att hantera medicintekniska produkter, vård, omsorg och rehabilitering när patient skrivs ut från sjukhus.

Landstinget ansvarar för erforderliga insatser av andra specialistfunktioner så som t ex, logoped, dietist, psykolog, kurator e t c enligt gällande vårdprogram och utifrån samma prioriteringsprinciper som för övriga invånare, för att möjliggöra hemsjukvård.

Landstinget ansvarar för behövliga smittskyddsåtgärder inom länet och smittskyddsläkare är utsedd att svara för myndighetsutövningen. Landstinget svarar även för vårdhygienisk experthjälp till kommunerna.

## Läkaransvar

Landstinget ansvarar för att tillgodose behov av *läkarkompetens* i hemmet, dygnet runt. Läkaravtalet kompletteras med lokala överenskommelser.

För exemplifierande patientfall som belyser primärvårdsläkarens generella ansvar, se t ex patientfall *S23, S30 och S32*.

Distriktsläkare är ansvarig för den allmänna palliativa vården, vilket bland annat innebär ansvar för att genomför brytpunktssamtal samt ordinera vid behovs läkemedel för vården i livets slutskede. Kontinuitet och trygghet i vården ska upprätthållas och säkerställas dygnet runt. LaH-läkare och LaH-sjuksköterska kontaktas vid behov för konsultativt stöd. För exemplifierande patientfall som belyser primärvårdsläkarens ansvar för allmän palliativ vård, se t ex patientfall *S22, S24, S26, S27, S29, S31*

Samsjuklighet är inte ovanligt. Läkaransvaret kan därför vara delat mellan vårdcentral och psykiatrisk klinik eller annan specialistklinik. Det ställer särskilda krav på samverkan mellan huvudmännen, och mellan utförare av landstingets uppdrag, se t ex patientfall *S26*

## Konsultativt stöd

Landstinget ansvarar för att säkerställa tillgång till konsultativt stöd som möjliggör fortsatt vård i hemmet, oavsett tid på dygnet eller geografiska avstånd till sjukhus, se t ex patientfall *S22, S24, S26, S27, S29, S31*.

Det konsultativa stödet ska ges till hemsjukvården avseende både medicinska och omvårdnadsmissiga frågeställningar så att patienten utifrån patientnytta och patientsäkerhet så långt det är möjligt kan stanna i hemmet.

Stödet ska ges av den funktion inom landstinget som har kompetens gällande de frågeställningar som kan uppkomma och kan således ges av t ex psykiatrisk klinik, Landstingets Hemsjukvård (LaH), Landstingets Rehabilitering (LaR), eller av annan specialistklinik.

Konsultativt stöd kan ges genom utbildning på specialistkliniker, på plats hos patienten i uppkommen situation eller genom vad som övrigt behövs för att vården ska bli patientsäker.

Det konsultativa stödet ska ges utan dröjsmål och är en förutsättning för fortsatt vård i hemmet. Ofta finns kontaktvägar upparbetade sedan tidigare men kontakt kan också etableras via vård till vård telefon.

### **Sällankompetens**

Sällankompetens definieras som en reell kompetens som inte kan upprätthållas när en specifik insats/åtgärd utförs sällan. Om reell kompetens inte finns inom övertagande verksamhet ska det adresseras vid vårdplanering. Behovsbild och ansvarsfördelning ska framgå i samordnad individuell plan (SIP). God vård utifrån den enskildes behov är ett gemensamt ansvar.

När det inte finns någon i övertagande verksamhet som har den aktuella kompetensen, måste medarbetare få utbildning innan ansvaret kan tas över och insatser/åtgärder genomföras. Utbildningen kan, liksom vid konsultativt stöd, ske på specialistklinik, via konsultativt stöd i patientens hem och ska anpassas efter aktuellt behov för att vården ska bli patientsäker.

Verksamhet där sällankompetens uppstår är skyldig att samverka för att *snarast* upprätta kompetens. Det åligger den verksamhet som mottagit utbildningen att förvalta kunskapen och föra den vidare. Detta innebär att man som enskild individ och mottagare av kompetensen fungerar som utbildare inom den egna verksamheten. Observera att riktlinje för delegering ska följas inom respektive verksamhet.

Ny utbildning/repetition av kunskaperna sker om lång tid förflutit eller mottagande verksamhet har behov av andra skäl.

Andra medicinska insatser och omvårdnadsinsatser som på sjukhus/specialistklinik betraktas som dagligen förekommande kan inom den aktuella verksamheten vara sällankompetens om antalet patienter i behov av den specifika insatsen inom definierad verksamhet är mycket få över tid. Sällankompetens kan t ex uppkomma kring medicinsk teknik.

Gällande rutin för kommunikation vid överföring mellan vårdgivare ska följas. Det åligger mottagande verksamhet att avsätta tid och samordna utbildningsinsatserna för att hinna lära inom rimlig tidsram så att en patientsäker vård upprätthålls. Ovanstående gäller mellan alla olika typer av verksamheter oavsett huvudman.

## **Specialiserad hemsjukvård**

Landstingets ansvar för specialiserad hemsjukvård innefattar somatik, psykiatri och rehabilitering.

## **Somatisk hemsjukvård – omfattning av landstingets ansvar**

Landstinget har ansvar för den specialiserade hemsjukvård som bedrivs genom ett läkarlett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens.

I den utredning som föregick beslutet om hemsjukvårdsreformen och i hemsjukvårdsavtalet har begreppet komplexitet använts för att vägleda vid bedömning av om en patient har behov av specialiserad hemsjukvård.

En patient med en komplex symtombild har ett instabilt och progressivt sjukdomstillstånd, där man kan förvänta sig snabba och täta förändringar som kräver omedelbara medicinska insatser och individuell bedömning dygnet runt. Patientens symtom är många och patientens tillstånd ställer höga krav på god vårdkontinuitet från ett läkarlett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens. Sjuksköterskeinsatserna är intensiva och vårdsituationen måste ha en robust jourorganisation. Det finns inget självklart samband mellan komplexitet och diagnos eller ålder. En individuell bedömning måste ske i varje enskilt patientfall, se t ex patientfall *S18, S28, S29, S30, S31*.

## **Psykiatrisk hemsjukvård – omfattning av landstingets ansvar**

Precis som inom övrig hemsjukvård har landstinget ansvar för läkarinsatser. När det gäller de psykiatriska behoven är det läkare inom specialistpsykiatri som har läkaransvaret.

Landstinget ska aktivt medverka till aktuell och uppdaterad samordnad individuell plan (SIP) och klara kontaktvägar mellan kommun och landsting.

Om inte samtliga kriterier i checklistan<sup>4</sup> för ett kommunalt hemsjukvårdsansvar uppfylls behåller landstinget ansvaret, se avsnittet Psykiatrisk hemsjukvård- omfattning av kommunens ansvar.

---

<sup>4</sup> Se sid 8.

## Rehabilitering och hjälpmedel – omfattning av landstingets ansvar

Landstinget ansvarar för specialiserad rehabilitering *oavsett boendeform* samt för enstaka hembesök som krävs för att understödja en pågående rehabiliteringsprocess på mottagning eller inom slutenvård. Rehabiliteringsinsatser som inte är beroende av att utföras i patientens hem är landstingets ansvar.

### Specialiserad rehabilitering i hemmet:

- När patienten har behov av insatser som kräver **hela** rehabiliteringsteamets resurs och kompetens för att möta komplexa behov. Se exemplifierande patientfall *R10-11, R19,R21,R23,R24*
- Amputerade patienter som bedöms bli protesgångare. Landstinget ansvarar för insatser i hemmet avseende protesträning, både i det initiala skedet och efter utskrivning från sjukhuset, se exemplifierande patientfall *R12*

### Bostadsanpassning:

- Initierar enklare bostadsanpassning när landstinget ansvarar för rehabiliteringsinsatserna, se exemplifierande patientfall *R2,R10*
- Större bostadsanpassningsutredning görs i samråd med kommunen, se exemplifierande patientfall *R8*

### Demensutredning:

- Landstinget ansvarar för den utvidgade demensutredningen

### Hjälpmedel:

- Förskrivning av hjälpmedel när landstinget ansvarar för rehabiliteringsinsatserna
- Förskrivning av hjälpmedel som ingår som ett led i behandling på mottagning; t.ex. TENS för behandling av smärta
- Förskrivning av hjälpmedel inför utskrivning från slutenvården när hjälpmedel är en förutsättning för att patienten ska kunna skrivas ut. Förskrivning av hjälpmedel i samband med utrednings- och behandlingsinsatser som är landstingets ansvar, där hjälpmedel ingår som en del i behandlingsinsatsen. Kan t ex bli aktuellt inom Psykiatri/neuropsykiatriska-team, Kommunikationsmottagning för barn/vuxna och Barnklinik
- Förskrivning av hjälpmedel till barn och vuxna som får insatser från landstingets Barn- och ungdomshabiliteringen/Vuxenhabiliteringen

### Enstaka hembesök:

- Enstaka hembesök som krävs för att understödja pågående rehabiliteringsprocess inom slutenvård eller mottagningsverksamhet, se exemplifierande patientfall *R13,R20,R21*

### Specialistfunktion:

- Insatser av specialistfunktion så som t ex, logoped eller kurator vars insatser sker enligt gällande vårdprogram. Prioritering ska ske enligt samma principer oavsett om insatsen görs på mottagning eller i hemmet, se exemplifierande patientfall *R14- 15, R22*

**Rehabilitering på mottagning:**

- Landstinget har ansvaret för all rehabilitering på mottagning, se exemplifierande patientfall *R2, R21*

**Konsultativt stöd:**

- Landstinget ansvarar för att säkerställa tillgång till konsultativt stöd, se också sid 10 -11. Behov av konsultativt stöd kan uppstå då sjukdom/skada avviker från normalförlopp, eller vid ovanliga skador/sjukdomar. Stödet sker oftast via telefonkonsultation, se exemplifierande patientfall *R16*

**Patientrelaterade utbildningar:**

- Patientrelaterad utbildning till personal, kopplat till specifik patient där utbildning är nödvändig p g a specifika omständigheter kring den aktuella patienten, se exemplifierande patientfall *R18*.

## Hur man blir patient i hemsjukvård

En medicinsk bedömning ligger alltid till grund.

Hembesök kan aktualiseras på olika sätt och genomförs när behov identifieras och adresseras av t ex person med behov av hemsjukvård, vårdcentral, specialistklinik, 1177 eller genom signal från hemtjänst eller boendestöd.

När kommunen utför ett hembesök och identifierar behov av hemsjukvård meddelas, vid behov, den vårdcentral där den aktuella patienten är listad. Informationen förmedlas via Meddix eller vård till vård telefon.

För ytterligare information om hur man blir patient i hemsjukvård, se vårdplaneringsrutinen ”När den ena handen vet vad den andra gör”.

## Vårdplanering och överrapportering av patientinformation

Vårdplanering i såväl sluten som öppen vård genomförs i enlighet med länsgemensamma rutiner, se vårdplaneringsrutinen ”När den ena handen vet vad den andra gör”.

För överrapportering av patientinformation mellan vårdgivare ska meddelandefunktionen i Meddix användas som första handsalternativ, om inte annat anges i PM eller riktlinje.

Vård till vård telefon kan också användas. Vid muntlig överrapportering rekommenderas **SBAR** som är ett strukturerat sätt att lämna över och ta emot viktig information på ett strukturerat sätt

# KAPITEL 2 SPECIFIKA FRÅGOR, sorterade i bokstavsordning

---

## **Avgifter**

Kommuner och landsting är suveräna huvudmän, vilket innebär att varje huvudman beslutar om sina egna avgifter. I Östergötland har ett omfattande arbete lagts ner för att skapa förutsättningar för en östgötastandard genom att kommunerna har enats om vilka patientavgifter som ska gälla. Landstinget tar ut avgift för läkarbesök och sjukvårdande behandling i hemmet, enligt gällande taxa. Patienter som har frågor om avgifter rekommenderas att ta kontakt med aktuell kommun för att få en individuell bedömning.

## **Avvikelsehantering**

Det normala förfarandet är att avvikelser hanteras enligt respektive huvudmans ordinarie rutiner för avvikelsehantering samt enligt länsövergripande rutin för samordnad vård- och rehabiliteringsplanering, ”När den ena handen vet vad den andra gör”.

Utöver respektive huvudmans egen uppföljning kan, i vissa fall, även en länsgemensam uppföljning av avvikelser ske genom den patientsäkerhets- och kvalitetsgrupp som har inrättats under den länsgemensamma strategiska ledningsgruppen (SLG). I patientsäkerhets- och kvalitetsgruppen ingår chefläkare, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering. Gruppen adjungerar sakkunniga efter behov och rapporterar till SLG varje kvartal.

När avvikelse gäller hemsjukvård ska en kopia på avvikelserapport skickas till den andra huvudmannens verksamhetschef samt MAS i aktuell kommun. Åtgärd återkopplas till berörda enheter. Avvikelser och åtgärder återkopplas därefter till respektive länsdels samverkansgrupp för landsting och kommuner i respektive länsdel, enligt lokal rutin.

## **Delegering**

Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14, 2000:1) samt riktlinjer och lokala rutiner, se t ex patientfall *S5*, *S18*.

### **Exempel på delegerade arbetsuppgifter:**

Om en person/patient inte klarar sin läkemedelshantering på egen hand och behöver hjälp av t ex hemtjänsten som överlämnar läkemedel måste en legitimerad sjuksköterska eller distriktssköterska i hemsjukvården ansvara för att läkemedel finns dosdispenserat eller i dosett och personen ska ses som en hemsjukvårdspatient. Syftet med att klargöra hemsjukvårdens ansvar istället för att lägga ansvaret hos vårdcentralen är att tillvarata de samordningsvinster för hemtjänst och hemsjukvård som hemsjukvårdsreformen skapar. En person som behöver hjälp med överlämnandet av läkemedel, men inte sedan tidigare har hemtjänst beviljad får dock inte med automatik hemtjänst.



## **Demensutredningar**

### **Demensfrågeställning**

Vid utredning av patient med minnesstörning är undantag från tröskelprincipen vanligt förekommande. Läkare på vårdcentral ansvarar för utredning och diagnos samt eventuell medicinsk behandling. Som led i utredningen och för uppföljning av insatt behandling kontaktas sjuksköterska och arbetsterapeut i kommunen, via Meddix, för kompletterande utredning och uppföljning. (Detta är åtgärder som har utförts av primärvården innan hemsjukvårdsreformen).

Vid demensutredningar är teamsamverkan centralt. Regelbundna möten mellan professioner hos landsting och kommun krävs, utifrån patientens behov.

Det länsgemensamma vårdprogrammet är styrande. Arbetsätt och rutiner fastställs genom vårdprocessprogram och riktlinjer på länsdelsnivå och i samråd mellan kommuner och landsting. Utredning ska genomföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, nationella riktlinjer vägleder i arbetet.

Ansvar för att registrera i kvalitetsregistret SveDem följer läkaransvaret och åligger därmed landstinget, enligt lokal rutin.

Kommunerna kommer inte att bedriva någon egen mottagningsverksamhet.

### **Kommunikation mellan vårdcentral och kommun vid demensutredning, efter hemsjukvårdsreformens genomförande:**

Meddix ska vara det meddelandesystem som i första hand används för kommunikation mellan vårdgivarna i landsting och kommuner.

Vid demensutredning behöver uppdrag överföras från läkare på VC till arbetsterapeut och sjuksköterska i kommunen. Läkaren har utredningsansvar och ur vårdens synpunkt behöver en remiss skapas och en bevakningsfunktion aktiveras. Ett patientsäkert sätt att uppnå detta är att kognitiv utredning – extern remiss sjuksköterska/arbetsterapeut i kommunen skapas i Cosmics remissmodul, skrivs ut och överförs till kommunen i pappersversion. I uppdraget ingår kognitiv testning i kombination med arbetsterapeutisk bedömning. Det blir därmed enkelt att bevaka att svar verkligen inkommer och samma rutiner kan användas för alla patienter som genomgår demensutredning.

Vissa patienter bedöms behöva mera ingående utredning via ett specialistteam. Dessa remitteras till en teamverksamhet inom specialistsjukvården som helt sköts av landstinget. Utredningen omfattar då oftast fler åtgärder och specialiserad kompetens krävs för att ställa diagnos. De patienter som i första hand kommer i fråga för denna typ av åtgärd är de som kräver en mer omfattande kognitiv utredning t ex unga med minnesstörning (oftast <65 år) samt vissa andra där det är uppenbart att bedömningen av andra skäl verkar komplicerad (riktlinjer framgår av vårdprogram för basal kognitiv utredning E-län).

### **Kognitiv utredning utan demensfrågeställning**

Läkare på vårdcentral utreder och ansvarar för diagnos och eventuell medicinsk behandling. Som led i utredningen kan remiss utfärdas till arbetsterapeut i landstinget för testning och annan kompletterande utredning

Vid behov av mer ingående utredning remitteras till specialistsjukvård inom landstinget. Det kan t ex vara geriatrisk klinik och dess minnesmottagning, neurologmottagning eller rehabiliteringsmedicinsk klinik.

## **Egenvård**

Med egenvård menas en hälso- och sjukvårdsåtgärd som en legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården bedömt att en person själv kan utföra eller utför med hjälp av någon annan, se t ex patientfall S5, S14, S19, S20, S25, S30, S34.

*Hemsjukvårdsreformen innebär ingen förändring av principerna för egenvård.*

Samverkansrutiner kan lösa gränsdragningsproblem genom överenskommelser mellan huvudmännen, så att bland annat lokala behov och önskemål kan tillgodoses. Den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården ska dock alltid göra den individuella bedömningen. För mer information se Socialstyrelsens webbplats, [www.sos.se](http://www.sos.se)

## **Förbruknings- och förbandsmaterial**

Både landsting och kommun ansvarar för förskrivning och kostnad för inkontinenshjälpmedel samt förbruknings- och förbandsmaterial. Ansvaret följer den sjukvårdshuvudman som har hälso- och sjukvårdsansvar för patienten ( s. 11 i hemsjukvårdsavtalet).

För provtagningsmaterial gäller av praktiska skäl en särskild överenskommelse, se avsnittet Provtagningsmaterial

Diabetessköterskan förskriver diabeteshjälpmedel och kostnadsansvaret ligger därför kvar på landstingets enheter.

## **Hembesök**

Hembesök är öppenvårdsbesök i patientens bostad eller motsvarande.<sup>5</sup> Behov av hembesök kan uppstå med kort varsel och utan föregående vård- och omsorgsplanering. I kommunens uppdrag ingår såväl hembesök som hemsjukvårdsbesök.

## **Hemsjukvård**

Hemsjukvård är hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tid. Åtgärder/insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet.<sup>6</sup> Ett hemsjukvårdsbesök är en vårdkontakt inom hemsjukvård som innebär personligt möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Socialstyrelsens termbank/2013-12-27

<sup>6</sup> Socialstyrelsens termbank/2013-12-27

<sup>7</sup> Ibid.

## **Inkontinenshjälpmedel**

Både landsting och kommunerna ansvarar för förskrivning och kostnad för inkontinenshjälpmedel. Ansvaret följer den sjukvårdshuvudman som har hälso- och sjukvårdsansvar för patienten (s.11 i hemsjukvårdsavtalet), se t ex patientfall *S15*.

Grundprincipen är att kommunen ansvarar för att förskriva och/eller distribuera inkontinenshjälpmedel till personer som har ett hemsjukvårdsbehov som inte är tillfälligt. Detta gäller även om patienten förutom hemsjukvård från kommunen har specialiserade insatser från landstinget se t ex patientfall *S3, S15, S25*

Landstinget ansvarar för att förskriva inkontinenshjälpmedel på mottagning och till patienter som har enstaka insatser i hemmet, t ex opererad patient med tillsyn ena veckan och veckan därpå suturtagning.

## **Läkemedel**

Landstinget har ansvar för läkemedel.

Landstinget ansvarar för att säkerställa att det finns läkemedelsförråd tillgängliga i den kommunala hemsjukvården. Kommunen har det praktiska ansvar för att säkerställa att det alltid finns tillgång till läkemedel i de kommunala förråden, enligt fastställd lista.

Landstinget ansvarar för att generella och akuta förrådets lista hålls uppdaterad. Implementering av listans innehåll sker via MAS-nätverket i länet.

## **Oenighet om ansvarsfördelning – arbetssätt vid eventuell oenighet**

Oenighet ska i första hand lösas genom dialog mellan ansvariga medarbetare (kommunal sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast/skötare och landstingets medarbetare som arbetar nära aktuell patient).

Om dessa patientnära medarbetare inte kan enas kontaktas verksamhetschefer i respektive organisation, som tillsammans löser problemet.

Vid eventuell fortsatt oenighet hänskjuts frågan till respektive huvudmans ledning och till den strategiska ledningsgruppen (SLG). SLG kan bemyndiga patientsäkerhets- och kvalitetsgruppen mandat att avgöra frågor av principiell karaktär. Patientsäkerhets- och kvalitetsgruppen kan också komma att få ta ställning till lösta situationer, i syfte att skapa ett gemensamt lärande och successivt utveckla samverkan mellan kommun och landsting ytterligare.

Beslut återrapporteras till respektive verksamhet och aidentifierade patientfall som klargör aktuella frågeställningar kompletterar den praktiska anvisningen allteftersom.

*Den vårdgivare som påbörjar vården ska fortsätta utföra uppdraget tills konsensus nås. Patienten får inte bli utan vårdinsatser*

## **Omhändertagande av avlidna i ordinärt boende**

Landstinget har huvudansvaret för omhändertagande av avlidna i ordinärt boende. Hemsjukvården bistår läkaren i omhändertagandet, enligt lokala rutiner.

Läkare har ansvar för att behövliga intyg utfärdas och skickas till rätt instanser. Landstinget har ansvar för transport av avlidna och behåller ansvaret till dess att kroppen utlämnas för kistläggning/bisättning. Landstinget kan debitera dödsboet för transportkostnad enligt avgift som fastställs av landstingsfullmäktige. Avgiften ingår inte i högkostnadsskyddet.

Anhöriga, närstående eller annan som ordnar med begravningen kan välja att ta över ansvaret och beställa transport till bårhus. I så fall uppstår ett avtalsförhållande och ett betalningsansvar direkt mellan dödsboet och transportören. Landstingets ansvar upphör när kroppen på de anhörigas uppdrag lämnas ut till transportören. Landstinget ska beskriva för de anhöriga vad beslutet innebär och klargöra när landstingets ansvar upphör.

De anhörigas val samt vidtagna åtgärder ska dokumenteras i patientjournalen.

För ytterligare information se t ex : *Underlag för rutiner kring omhändertagande av avlidna* Cirkulär 2005:52, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)  
[http://brs.skl.se/cirkular/cirkdoc.jsp?searchpage=brsbibl\\_cirk.htm&op1=&type=&db=CI RK&from=1&toc\\_length=20&currdoc=1&search1\\_cnr=2005:52/2013-05-07](http://brs.skl.se/cirkular/cirkdoc.jsp?searchpage=brsbibl_cirk.htm&op1=&type=&db=CI RK&from=1&toc_length=20&currdoc=1&search1_cnr=2005:52/2013-05-07)

## **Ortoser**

Ortoser är ett behandlingshjälpmedel som utprovas av ansvarig vårdgivare. Kostnaden för prefabricerade ortoser hanteras av den sjukvårdshuvudman som gör utprovning. Ortopedtekniska/specialanpassade ortoser är landstingets ansvar.

## **Provtagningsmaterial**

Då läkare beställer provtagning åligger det kommunens personal inom hemsjukvården att genomföra provtagning i hemmet, enligt läns gemensam rutin.

Kommunen har kostnaden för förbrukningsmaterial i samband med provtagningen, men kostnaden för provtagningsrör bärs av den vårdcentral som patienten är listad på.

Provtagningsrör hämtas på den vårdcentral som patienten är listad på, enligt lokal rutin. Landstingets laboratorieverksamhet är ackrediterad och därför krävs det att upphandlade provtagningsrör används.

## **Smittskydd och vårdhygien**

Landstinget ansvarar för behövliga smittskyddsåtgärder inom länet och smittskyddsläkare är utsedd att svara för myndighetsutövningen. Landstinget svarar även för vårdhygienisk expert hjälp till kommunerna.

## **Tolkningsföretråde**

Tolkningsföretråde har den vårdgivare som initierar vården i hemmet. När behov av ett oplanerat hembesök uppstår är det den hälso- och sjukvårdsorganisation som har första kontakten med patienten som också har det initiala ansvaret för att tillse att patienten får

hjälp. Patienten ska ha ”en väg in”. Om primärvården kontaktas i det akuta skedet och bedömer att ett hembesök behöver göras, kontaktas kommunen. Om kommunen i en akut situationen kontaktas direkt av patienten eller via primärvården och vid bedömningen i hemmet finner att patienten fortsättningsvis bör kunna ta sig till vårdcentralen, kontaktas primärvården. Vem som efter första kontakten ska fullfölja vården beslutas i samråd mellan kommun och landsting, se t ex patientfall S9.

Samarbetet ska se till patientens bästa och bygga på professionellt och respektfullt bemötande mellan aktörerna där man litar på varandras bedömning. Om vårdgivarna är oense i ärendet lyfts frågan till närmast ansvariga chefer. Vid fortsatt oenighet går ärendet vidare för överprövning till utsedd specialistgrupp sammansatt av företrädare för både kommun och landsting.

*Den vårdgivare som påbörjar vården ska fortsätta utföra uppdraget tills konsensus nås. Patienten får inte bli utan vårdinsatser.*

## Bilaga 1 EXEMPELSAMLING PATIENTFALL

*Patientfallen inom somatik och psykiatri inleds med ett förtydligande av vilka aktörer som är delaktiga i vård och behandling, fet markering av aktör indikerar delaktighet och ansvar i aktuellt fall.*

### Somatisk hemsjukvård

För en schematisk överblick av alla patientfall och principiella ställningstaganden inom området somatisk hemsjukvård, se sammanställning.

### Kommunens hemsjukvård

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

#### Vårdcentral

Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---

### Exempel 1 somatisk hemsjukvård (S1)

75 år

#### Ärende

Behov av omläggning av bensår 1-2 ggr/vecka under obestämd tid.

#### Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning

Pigg och rörlig patient. Sköter ensam sin demente make/maka i hemmet. Maken/makan har ingen dagverksamhet och inget växelboende. Maken/makan klarar sig inte ensam i hemmet under några timmar utan behöver ständig tillsyn.

#### Sjukvård/åtgärder

Omläggning av bensår

#### Bedömning

Skäl finns för att tillfälligt, under en kortare tid, göra undantag från tröskelprincipen och göra omläggningen i hemmet via kommunal hemsjukvård pga. att patienten ensam har omsorg om maken/makan. För att få en hållbar situation över tid finns anledning att arbeta för att maken/makan får beviljat bistånd från kommunen för tillsyn i hemmet alternativt dagverksamhet/växelboende då patienten behöver gå till vårdcentralen.

Omläggning på vårdcentralen är bättre ur flera aspekter både för patient och personal, såsom hygien, sårhäkning och arbetsmiljö.

Kommunens hemsjukvård  
Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering  
**Vårdcentral**  
Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---

### **Exempel 2 somatisk hemsjukvård (S2)**

80 år.

#### **Ärende**

Har ett bensår som behöver läggas om 2 ggr/vecka under en längre tid.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Bor i eget hus någon dryg kilometer från vårdcentralen. Använder rollator utomhus och tar ibland stöd av denna även inomhus. Har färdtjänst. Kan på sommarhalvåret promenera till vårdcentralen men inte under hösten då det är mörkt och på vintern dessutom halt väglag. Vill därför på vintern ha hembesök eftersom det upplevs bökigt med färdtjänsten som dessutom måste beställas i förväg. Klarar inte snöskottning själv och har inte anlitat någon att hålla gången från huset till gatan fri från snö.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Omläggning av bensår.

#### **Bedömning**

Patienten ska ta sig till vårdcentralen för omläggning av bensåret, skäl saknas för att göra undantag från tröskelprincipen.

Mörker och halt väglag är inte ett synnerligt skäl för att erhålla hembesök. Avståndet till vårdinrättningen eller insatsens omfattning är inte heller skäl för avsteg från tröskelprincipen.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

### **Vårdcentral**

Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---

## **Exempel 3 somatisk hemsjukvård (S3)**

72 år

### **Ärende**

Patient med bensår som behöver hjälp med omläggning dagligen. Lör-, sön- och helgdagar är vårdcentralen och distriktssköterskemottagningen stängd och patienten hänvisas till annan mottagning fyra mil från bostaden.

### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Patienten har svårålkta rikligt vätskande eksematösa venösa bensår på höger underben. Går med rollator och bor ett par hundra meter från vårdcentralen. Patientens hälsa och allmäntillstånd leder till påtaglig trötthet och orkeslös, det är en mycket stor påfrestning för patienten att företa den resa som krävs.

### **Sjukvård/åtgärder**

Förbanden är genomdränkta med sårsekret inom ett dygn och patientens tillstånd kräver dagliga omläggningar. I samband med behandlingen på vårdcentralen får patienten sitta i uttorkande bad ett par gånger i veckan för att reducera vätskemängden. Hudvård och kompressionsbandagering.

Det bedöms alltför påfrestande för patienten att företa resan som krävs T o R två gånger/helg. Hemsjukvården kontaktas inför helgen med förfrågan att utföra behandlingen i patientens hem. Skriftlig överrapportering sker med beskrivning av bedömning och pågående vårdinsatser.

### **Bedömning**

Mot bakgrund av patientens hälsosituation och besöksfrekvensen görs bedömningen att *patientens totala situation* motiverar att man gör undantag från tröskelprincipen och patienten får därför hembesök de dagar vårdcentralen och distriktssköterskemottagning är stängd.

De förband som behövs för sårbehandlingen får patienten med sig hem från vårdcentralen för de dagar då hemsjukvården genomför behandlingen.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

### **Vårdcentral**

Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---



#### **Exempel 4 somatisk hemsjukvård (S4)**

85 år.

#### **Ärende**

Patienten har ordinerats blodtransfusion av sin distriktsläkare pga. anemi med trötthet.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Tidigare frisk person som bor tillsammans med sin make/maka. Använder ibland rollator. Har beviljad färdtjänst.

Patienten har via vårdcentral och kirurgiska kliniken på sjukhuset genomgått en begränsad utredning pga. blodbrist och uttalad trötthet. Denna har visat en bukmalignitet. Det är inte aktuellt med kirurgi. Fortsatt behandling kommer att vara konservativ och initialt bestå av blodtransfusioner. Patienten har i nuläget få symtom utöver en uttalad trötthet som gör att patienten inte orkar vara uppe ur sängen mer än någon halvtimme i taget. Behov föreligger av allmän palliativ vård. Distriktsläkaren är medicinskt ansvarig för patienten.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Kommunsköterskan kontaktas för att ge blod i hemmet med tillhörande hantering såsom provtagning, hämtning av blodenheter och genomförande av transfusionen.

#### **Bedömning**

Patienten kan inte ta sig till vårdcentral pga. patientens uttalade trötthet blodtransfusionen ges i hemmet av kommunens hemsjukvård.

Ansvar för uppföljning av blodvärde och fortsatta ordinationer åvilar distriktsläkaren.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

### **Vårdcentral**

### **Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)**

---

#### **Exempel 5 somatisk hemsjukvård (S5)**

80 år.

#### **Ärende**

Bolusmatning via PEG.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Patienten har en hypotyreos som behandlas med Levaxin. Är opererad för en munhålecancer och har sväljningssvårigheter efter en tidigare stroke.

Bor ensam och går inomhus med rollator.

Patienten tycker det är jobbigt att sondmaten ska gå kontinuerligt under 10 tim, antingen den går på dagen eller på natten. Dietist beslutar om bolusmatning utan att diskutera detta med kommunens sjuksköterska/distriktssköterska eller kalla till vårdplanering.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Ordination från dietist: Bolusmatningen ska ta 30 min. då patienten måste vara sittande pga aspirationsrisk.

Patienten behöver sondmat och vatten 5 ggr/dygn, varje besök tar 45 min.

#### **Bedömning**

Patienten är berättigad till kommunens hemsjukvård, arbetsuppgiften kan eventuellt delegeras till hemtjänst under förutsättning att enhetschefen godkänner och MAS-rutin medger.

I en dylik situation med omfattande förändring av en ordination ska man sammankalla till en vårdplanering i hemmet för att optimera insatserna från hemsjukvård och hemtjänst.

Eftersom beslutet om bolusmatning inte har en medicinsk bakgrund påverkas beslutet av om patienten själv klarar bolusmatningen eller inte. Om patienten behöver få hälso- och sjukvårdsuppgiften utförd av personal, måste det ske med de hjälpmedel som finns, dvs sondmatpump.

Patienten kan inte själv bestämma behandlingsmetod eller tid när behandlingen ska ske.

Om patienten själv klarar bolusmatningen ska en egenvårdsplan skrivas.

Kommunens hemsjukvård  
Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering  
**Vårdcentral**  
Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---

**Exempel 6 somatisk hemsjukvård (S6)**

55 år

**Ärende**

Inhalation av bronkvidgande läkemedel

**Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Obstruktivitet i samband med akut infektion. Fd rökare, ingen KOL diagnos.

**Sjukvård/åtgärder**

Kommer till VC för inhalation av läkemedel i Ailos.

Behov av inhalationer under helgen.

**Bedömning**

Patienten ska enligt tröskelprincipen ta sig till anvisad mottagning inom Landstinget för att få sina inhalationer, då ordinarie VC är stängd.
--

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering  
Vårdcentral

**Specialistsjukvård** (sluten vård eller öppen vård)

---

### **Exempel 7 somatisk hemsjukvård (S7)**

65 år

#### **Ärende**

Patient med infektion i knäleden ordinerad intravenös antibiotikabehandling.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Patienten har haft mångåriga besvär med ett knä och har sedan tidigare gånghjälpmedel. Patienten bor i ordinärt boende. Patienten får inte belasta benet de kommande månaderna, förflyttning sker med stora svårigheter med hjälp av kryckor. Samordnad vårdplanering initierad på sjukhuset.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Patienten är opererad med knäplastik i höger knä och har drabbats av en djup postoperativ infektion i knäleden som lett till förlängd sjukhusvistelse. Steloperation av knäet ska senare genomföras.

Patienten blir inskriven i hemsjukvård för att få intravenös antibiotikabehandling en gång dagligen. Antibiotikan administreras med hjälp av Homepump i en icke tunnelerad CVK. Patienten kopplar själv bort antibiotikan efter avslutad infusion. Vårdplan och egenvårdsplan skrivs av hemsjukvården.

Efter sex veckor övergår läkemedelsbehandlingen till tablettbehandling och patienten skrivs ut från hemsjukvården.

#### **Bedömning**

Patienten är berättigad till kommunens hemsjukvård då han/hon inte utan stora svårigheter kan ta sig till någon mottagning.

Ansvarig läkare på specialistkliniken ansvarar för ordination av behandlingen, förskrivning/beställning av antibiotika, förskrivning av förbrukningsmaterial, beställning av eventuella kontrollprover, bedömning av provsvar samt medicinsk uppföljning av patienten vid behov under och efter pågående behandling.

Sköterskan i hemsjukvården ska ha ett direktnummer till specialistkliniken att ringa vid eventuella problem under behandlingstiden.

CVK-skötsel sker enl. länsgemensamt PM.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

### **Vårdcentral**

Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---

## **Exempel 8 somatisk hemsjukvård (S8)**

55 år

### **Ärende**

Patienten har en urinvägskateter. Känner sig spänd över blåsan och har trängningar.

Noterat dåligt flöde i katetern.

### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Fått en avlastande urinkateter för en vecka sedan då han sökte på akutmottagningen med urinstämna orsakad av en godartad prostataförstoring. Katetern ska sitta under ett par veckor och därefter ska ett dragningsförsök göras. Patienten är för övrigt frisk.

Meddelande har skickats från AKM till primärvården i Meddix om att patienten blivit kateterbärare och vilken planering som gäller.

### **Sjukvård/åtgärder**

Distriktssköterskan på vårdcentralen får meddelande i Meddix om att patienten är kateterbärare. Patienten kontaktas och får olika direktnummer att ringa vid problem med katetern, dagtid respektive kvälls- och nattetid och under helg.

Spolning och eventuellt kateterbyte vid stopp sker på vårdcentralen dagtid vardagar.

### **Bedömning**

Patienten ska om han är mobil enligt tröskelprincipen ta sig till VC dagtid om problemet kan åtgärdas då vårdcentralen är öppen.

När VC är stängd, kvälls- och nattetid är patienten berättigad till hemsjukvård för att få ett snabbt omhändertagande.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

### **Vårdcentral**

Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---

## **Exempel 9 somatisk hemsjukvård (S9)**

93 år

### **Ärende**

Patientens son ringer till vårdcentralen och berättar att mamman/pappan klagat över trötthet och yrsel den senaste månaden, ramlade igår i hallen men ”bröt sig inte”.

### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Patienten har en känd hjärtsjukdom med stabilt förmaksflimmer.

Bor ensam, går utan hjälpmedel inne och använder rollator ute. Har hemtjänst för matleverans och städ. Sonen sköter allt övrigt och besöker mamman/pappan flera gånger i veckan.

### **Sjukvård/åtgärder**

Dsk/ssk på vårdcentralen rådgör med distriktsläkare som ordinerar provtagning och en första bedömning i hemmet. Hemsjukvården kontaktas och genomför ett hembesök med provtagning. Patienten är uppegående men rör sig försiktigt pga. yrseln.

Patienten kallas till läkarbesök på vårdcentralen tre dagar senare för vidare bedömning och eventuell utredning.

### **Bedömning**

Bedöms vara i behov av ett primärt besök i hemmet, i enlighet med tolkningsföreträdet om den vårdgivare som först får kontakt med patienten.

Därefter ska patienten ta sig till vårdcentralen för ett läkarbesök. Skäl saknas för att göra undantag från tröskelprincipen.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

Vårdcentral

Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---

### **Exempel 10 somatisk hemsjukvård (S10)**

Person sammanboende med patient med hemsjukvård två gånger per vecka

#### **Ärende**

Önskar att bli vaccinerad för influensa samtidigt som maken/makan vaccineras vid hembesök.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Kalle har inga problem/behov eller hindrande funktionsnedsättning

#### **Sjukvård/åtgärder**

Maken/makan har hemsjukvård för omläggning av bensår två ggr/vecka och skall vaccineras mot influensa vid nästa planerade hembesök.

Personen i fråga har inte något medicinskt vårdbehov. Han/hon går med rollator utomhus p g a smärta i en höft. Personen i fråga är patienten behjälplig i vardagen och utför vissa hushållssysslor samt sköter mediciner. Paret får matportioner levererat av kommunen och har städhjälp. Personen i fråga vill också bli vaccinerad när maken/makan skall få sin spruta hemma. Det är svårt att lämna den närstående som har hemsjukvård ensam längre stund.

#### **Bedömning**

Patienten ska enligt tröskelprincipen ta sig till vårdcentralen och formella skäl saknas för att göra undantag från den.

Eftersom det tar två minuter att vaccinera personen i fråga får även han/hon sprutan vid hembesöket hos patienten, relaterat till samhällsnyttan. Vaccinationen är gratis för makarna.

Kommunens sjuksköterska/distriktssköterska fattar beslutet att även vaccinera personen i fråga vid hembesöket.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

Vårdcentral

Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---

### **Exempel 11 somatisk hemsjukvård (S11)**

Personer i behov av bedömning kring svininfluensa/allmäntillstånd

#### **Ärende**

Patient som ringer med oklar allvarlighetsgrad av sjukdom till följd av ev svininfluensa

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Patient med oklar allvarlighetsgrad och allmänpåverkan efter misstänkt fall av svininfluensa. Ingen funktionsnedsättning

#### **Sjukvård/åtgärder**

Epidemi av svininfluensa pågår. Smittskyddsenheten går ut till allmänheten att man inte skall åka till vårdcentral eller akutmottagning utan i första hand ha telefonkontakt med vården på vårdcentral eller SVR för bedömning om man inte är svårt sjuk med hög feber och/eller andnöd.

Sjukvården informeras om att patienten i första hand skall bedöma gränfallen i hemmet. Kommunens sjuksköterska/distriktssköterska gör hembesök för att bedöma allmänpåverkan och bakgrund samt mäter syresättningsförmåga, puls, blodtryck och temp. Kommunens sjuksköterska/distriktssköterska kontakter vid behov distriktsläkaren för direktiv t ex provtagning eller vidare hänvisning till sjukhus.

#### **Bedömning**

Patienten ska enligt tröskelprincipen ta sig till vårdcentralen för provtagning och bedömning. Synnerliga skäl till att göra undantag från tröskelprincipen föreligger då myndighet påkallat att patienterna inte skall besöka mottagning i första hand pga. smittorisen.



## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

### **Vårdcentral**

**Specialistsjukvård** (sluten vård eller öppen vård)

---

### **Exempel 13 somatisk hemsjukvård (S13)**

74 år

#### **Ärende**

Patienten ringer vårdcentralen och berättar att han/hon inte orkar ta sig till vårdcentralen för PK- provtagning som vanligt. Behandlas för en metastaserande cancersjukdom som för tillfället tagit ned patientens krafter.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Har en cancersjukdom, som sköts på Onkologiska kliniken och får periodvis intensiv cytostatikabehandling som påtagligt försämrar patientens allmäntillstånd och ger en uttalad trötthet. Bor ensam och klarar sig vanligtvis med hemtjänst för städning. Dottern hjälper pappa/mamma handla någon gång per vecka.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Vårdcentralen kontaktar kommunen som gör hembesök för provtagning. Patienten har en vilande subcutan venport.

#### **Bedömning**

<p>Medicinskt skäl finns för att göra undantag från tröskelprincipen. När patienten återhämtat sig och är piggare får han/hon gå till vårdcentralen för provtagning igen. Den subcutana venporten sköts enl. läns-gemensamt PM. Om patienten inte återhämtar sig bör man överväga att ansluta patienten till hemsjukvården.</p>
---

#### **Exempel 14 somatisk hemsjukvård (S14)**

70 år

#### **Ärende**

Patient med postpoliobesvär som är trakeotomerad och har ventilator natttid.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Insjuknade i polio vid 25 års ålder. Bor tillsammans med frisk make/maka. Rullstolsburen de senaste åren. Kognitiv förmåga utan anmärkning. På grund av försämrad syrsättning, relaterat till att tungan föll bak i svalget natttid, blev patienten trakeotomerad och ordinerad ventilator natttid.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Patienten behöver regelbundet sugas från slem i luftvägarna. Patienten behöver också hjälp med att koppla och starta ventilatorn varje kväll. Uppgifterna bedöms som egenvård efter riskbedömning av Lungmedicin. Insatserna utförs av make/maka eller annan närstående. Patienten har varit ansluten till hemsjukvård under begränsade perioder i samband med försämrad hälsosituation och detta kan vid behov bli aktuellt även i framtiden.

#### **Bedömning**

Patienten har inte behov av hemsjukvård då tillståndet är stabilt.  
Enligt vårdplanen kan patienten ringa till vårdcentralen vid försämring för bedömning och vidare vård från kommunens hemsjukvård.  
Patientens make/maka hämtar regelbundet förbrukningsmaterial till trakeostoma och slem sug på vårdcentralen. Lungmedicinska kliniken skickar regelbundet, efter telefonsamtal från maken förbrukningsmaterial för hostmaskin och ventilator till hemadressen.  
Kommunens hemsjukvård har gjort egenvårdsbedömning i samband med tidigare anslutningstillfälle. Kommunens hemsjukvård gör uppföljning av egenvården i samband med hemsjukvårdsbesök, 2ggr/år.  
Lungmedicinska kliniken bedömer och utvärderar patientens behov av ventilator.  
ÖNH – kliniken ansvarar för regelbundna byten av trakealkanylen.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

### **Vårdcentral**

**Specialistsjukvård** (sluten vård eller öppen vård)

---

## **Exempel 15 somatisk hemsjukvård (S15)**

73 år

### **Ärende**

Patient som ringer Akutmottagningen sent en kväll när det under de senaste timmarna inte kommit någon urin i påsen från nefrostomikatetern.

### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Patienten har en tillfällig nefrostomikateter pga en tumör som förtränger urinledaren och orsakar stas. Patienten går till Vårdcentralen 2 ggr i veckan för spolning av katetern och förbandsbyte 1g/vecka.

### **Sjukvård/åtgärder**

Jourläkare ordinerar försiktig spolning i katetern och akutmottagningen kontaktar dsk i hemsjukvården som gör hembesök. Det visar sig att det inte går att spola katetern och patienten åker till sjukhuset för kontraströntgen och lägeskontroll av katetern. Justering av kateterläget genomförs, man konstaterar vidare att patienten har en urinvägsinfektion och ordinerar daglig spolning av katetern. Insätts på peroral antibiotika och patienten återvänder hem. Överrapportering sker från akutmottagningen till VC. Patienten kontaktar VC nästa morgon, är trött och tagen och orkar inte ta sig till VC dagligen. VC kontaktar kommunen och patienten blir tillfälligt ansluten till hemsjukvård och en vårdplan upprättas.

### **Bedömning**

Patientens allmäntillstånd och behov av dagliga sjukvårdsinsatser motiverar hemsjukvård under en period. Kommunen ansvarar för inkontinenshjälpmedel och förbandsmaterial när patienten är hemsjukvårdspatient.

När patientens tillstånd förbättras och det inte längre är aktuellt med dagliga sjukvårdsinsatser återgår patienten till att skötas av VC.

Skötsel av nefrostomi sker enl. läns-gemensamt PM.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering  
Vårdcentral

**Specialistsjukvård** (sluten vård eller öppen vård)

---

### **Exempel 16 somatisk hemsjukvård (S16)**

73 år

#### **Ärende**

Behov av näringsdropp nattetid.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Patient som opererats flera gånger i tarmen och har svårt att tillgodogöra sig näring peroralt pga. att hans/hennes tarm är för kort.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Patienten är ordinerad näringsdropp nattetid som ges i en tunnelerad CVK. Behöver sjukvårdsinsatser vid två tillfällen varje kväll/natt av sjuksköterska för att koppla och koppla bort näringsdroppet.

#### **Bedömning**

Patienten ansluts till hemsjukvården för daglig hjälp med näringsdropp.  
När patientens tillstånd är stabilt över lång tid kan insatserna utföras av patienten eller närstående som egenvård efter riskbedömning.  
Specialistsjukvården ansvarar för ordination, förskrivning av material och medicinsk uppföljning av patienten.  
Länsgemensamt PM för skötsel av tunnelerad CVK finns.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

Vårdcentral

**Specialistsjukvård** (sluten vård eller öppen vård)

---

### **Exempel 17 somatisk hemsjukvård (S17)**

Familj, mamma, pappa och nio barn i åldern 7 mån till 16 år

#### **Ärende**

Barnklinik och infektionsklinik remitterar familjen till vårdcentralen för att övervaka medicinintag för behandling av TBC under nio månader

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Alla i familjen är i behov av medicinering med övervakning under nio månader. Familjen bor i närheten av vårdcentralen. Modern går i skolan delar av dagen. Pappan är arbetslös och är hemma med de barn som inte går i skolan. Pappan talar inte svenska men ganska god engelska. Modern talar lite svenska, ingen engelska.

Vårdcentralen gör en vårdplan tillsammans med familjen, BVC-personal, barnklinik och tolk. Beslut att pappan skall komma dagligen till vårdcentralen med dosetter och läkemedelsburkar samt de barn som är hemma. Sjuksköterska skall kontrollräkna läkemedel och stötta familjen.

Pappan uteblir flera gånger och det fungerar inte eftersom läkemedelavräkningen inte stämmer med ordinerat intag. Pappan hänvisar till att det är svårt att komma iväg och svårt att komma ihåg. Efter ytterligare försök under kortare tid utan bättre följsamhet beslutas det att kommunens sjuksköterska/distriktssköterska skall göra hembesök på eftermiddagen för att utföra kontrollen. Först görs detta dagligen och när det fungerar bra övergår man successivt till veckobesök.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Läkemedelsadministration under övervakning i nio månader

#### **Bedömning**

Familjen ska enligt tröskelprincipen ta sig till VC för läkemedelsadministration/uppföljning dagligen. Eftersom familjen inte följer överenskommelsen att komma till vårdcentralen, trots noggrann information, så måste kommunens sjuksköterska/distriktssköterska göra hembesök. Lagstiftning kräver kontroll av medicinering mot TBC. Bedöms som ett synnerligt skäl till att göra undantag från tröskelprincipen.

Kommunens hemsjukvård

**Landstingets specialiserade hemsjukvård** eller specialiserade rehabilitering  
Vårdcentral

**Specialistsjukvård** (sluten vård eller öppen vård)

---

### **Exempel 18 somatisk hemsjukvård (S18)**

25 år

#### **Ärende**

Trakeotomerad. Patienten använder hostmaskin, då han/hon inte orkar hosta upp slemmet på egen hand. Ansluts till ventilator nattetid och behöver då hjälp med sugning av slem.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Patient med fortskridande muskeldystrofi. Försvagad andnings muskulatur och nedsatt lungfunktion, vilket resulterat i upprepade lunginflammationer och långa vårdtider på sjukhus. Patienten har även symtom från mag-tarmkanalen med förstoppningstendens, hjärtinsufficiens men inga kognitiva störningar.

Patienten är rullstolsburen och får sin praktiska hjälp av personliga assistenter, vilka är tillgängliga dygnet runt.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Skötsel av trakeostoma, sugning av slem, anslutning av ventilator och användning av hostmaskin är delegerat till personliga assistenter. Symtomlindring och uppföljning av den progressiva sjukdomen sköts av specialiserad hemsjukvård.

#### **Bedömning**

Patienten är ansluten till specialiserad hemsjukvård p g a progredierande sjukdom med successivt ökande behov av symtomlindring samt upprepade lunginflammationer.

Neurologkliniken sköter patientens grundsjukdom, muskeldystrofin.

Lungmedicinska kliniken ansvarar för utvärdering av hostmaskin och ventilator.

ÖNH-kliniken ansvarar för byte av trakealkanyl.

Den specialiserade hemsjukvården ansvarar för delegering av hälso-och sjukvårdsuppgifter till personliga assistenter.

Ansvarsfördelningen ska dokumenteras i patientens vårdplan.

## Kommunens hemsjukvård

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

Vårdcentral

**Specialistsjukvård** (sluten vård eller öppen vård)

---

### Exempel 19 somatisk hemsjukvård (S19)

74 år

#### Ärende

Behov av intravenös antibiotikainfusion (Vancomycin) var 18:e timma, ordinerat av specialistklinik.

#### Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning

Opererad med vä-sidig höftprotes och nu utvecklat en misstänkt protesinfektion. Genomgått ny operation med byte av protesen. Rehabilitering pågår, använder rollator. Bakteriekodning visar ett besvärligt resistensmönster och man bedömer att patienten behöver intravenös antibiotikabehandling under en längre tid, flera veckor.

#### Sjukvård/åtgärder

Ordineras intravenös antibiotikainfusion (Vancomycin) via Homepump, var 18:e timma. Koncentrationsprover ska tas 2 ggr/vecka. Patienten är svårstucken och har fått en icke tunnelerad CVK innan hemgång från sjukhuset. Patienten ansluts till hemsjukvård.

#### Bedömning

Patienten ska enligt tröskelprincipen ta sig till vårdcentralen dagtid, men av patientsäkerhetsskäl gör man undantag och patienten får sin behandling av kommunens hemsjukvård dygnet runt. Man kan inte på förhand säga när koncentrationsprover ska tas, och tidpunkterna för läkemedelsadministrationen är oregelbunden. Det blir medicinskt säkrare för patienten när en organisation sköter kontakten med behandlande läkare och leverantören av läkemedlet.

Egenvårdsbedömning bör ske av dsk/ssk i hemsjukvården och vissa patienter kan själv koppla bort infusionen när den är slut. Egenvårdsplan ska då upprättas.

Ansvarig läkare på specialistkliniken ordinerar och förskriver antibiotikan, förskriver material, ordinerar uppföljande prover/koncentrationsbestämningar, ansvarar för uppföljning och bedömning av provtagningsresultaten samt uppföljning av infektionsbehandlingen när den är slutförd.

Homepump bereds av Apotekets Beredningsenhet US.

CVK-skötsel enl. länsgemensamt PM.

**OBS!** När det gäller Vancomycininfusioner så kan ordinationen vara x1 /dygn eller x2/dygn eller som i detta fall var 18:e timma.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering  
Vårdcentral

**Specialistsjukvård** (sluten vård eller öppen vård)

---

### **Exempel 20 somatisk hemsjukvård (S20)**

70 år

#### **Ärende**

Behov av Vancomycininfusion 2 ggr/dygn. Ordination från specialistklinik, ortopedi.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Patient med infekterad armbågsprotes. Protosen har tagits bort. Patienten är rörlig och kan ta sig till VC eller mottagning på sjukhuset som ligger 10 min promenad från hans hem.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Vancomycininfusion 2ggr/dygn. Koncentrationsprover 2 ggr/vecka. Har en CVK.

#### **Bedömning**

Patienten ska enligt tröskelprincipen ta sig till vårdcentralen dagtid, men av patientsäkerhetsskäl gör man undantag och patienten får sin behandling av kommunens hemsjukvård dygnet runt. Man kan inte på förhand säga när koncentrationsprover ska tas, och tidpunkterna för läkemedelsadministrationen är oregelbunden. Det blir medicinskt säkrare för patienten när en organisation sköter kontakten med behandlande läkare och leverantören av läkemedlet.

Egenvårdsbedömning bör ske och vissa patienter kan själv koppla bort infusionen när den är slut. Egenvårdsplan ska då upprättas.

Ansvarig läkare på specialistkliniken ordinerar och förskriver antibiotikan, förskriver material, ordinerar uppföljande prover/koncentrationsbestämningar, ansvarar för uppföljning och bedömning av provtagningsresultaten samt uppföljning av infektionsbehandlingen när den är slutförd.

Homepump bereds av Apotekets Beredningsenhet US.

CVK-skötsel enl. länsgemensamt PM.



## **Kommunens hemsjukvård**

**Landstingets specialiserade hemsjukvård** eller specialiserade rehabilitering

Vårdcentral

**Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)**

---

### **Exempel 21 somatisk hemsjukvård (S21)**

55 år

#### **Ärende**

Patienten har behov av sondmat via nasogastrisk sond

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Patienten har en diagnostiserad ALS med snabbt progredierande sväljningssvårigheter och heshet under den sista månaden varför han/hon vårdats under några dagar på Neurologiska kliniken. Patienten har fått en nasogastrisk sond och en diskussion har inletts kring ev PEG, men patienten känner tveksamhet till ett sådant ingrepp i nuläget. Har en hel del slemproblematik och nyligen behandlats för en lunginflammation. Patienten har en uttalad trötthet och svårigheter att fungera på sitt arbete. Är ensamboende på landet, har larm till hemtjänsten installerat vid hemkomst från sjukhuset men för övrigt ingen hjälp hemma.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Administrera sondmat och läkemedel via nasogastrisk sond 3ggr/dag.

Behov av kontinuerlig teambaserad uppföljning för att snabbt fånga nya symtom, insätta medicinska åtgärder och hjälpmedel pga. progredierande sjukdom.

#### **Bedömning**

Patienten är ansluten till specialiserad hemsjukvård pga progredierande sjukdom med successivt snabbt ökande behov av symptomlindring.

Samverkan ska ske med dsk/ssk inom kommunens hemsjukvård för administrering av sondmat och läkemedel via nasogastrisk sond.

## Kommunens hemsjukvård

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

### Vårdcentral

Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---

#### Exempel 22 somatisk hemsjukvård (S22)

68 år

#### Ärende

Plötslig försämring av allmäntillståndet, misstanke om ny påspädning av stroke.

#### Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning

Bor tillsammans med synskadad make/maka. Insulinbehandlad diabetes sedan 10 år tillbaka. Har haft stroke vid tre tillfällen under de sista två åren, patienten har då vårdats på sjukhus. Ingen rehabilitering var möjlig att genomföra efter stroke nummer tre för ett halvår sedan. Är rullstolsburen pga en total hö-sidig förlamning och är lätt påverkad i talet. Hemtjänst x många för hjälp med all ADL. Patienten är ansluten till hemsjukvården och har dagliga besök av kommunsjuksköterskan för insulingivning och omläggning av ett litet trycksår i rygglutet. Besök hos distriktsläkaren på VC för ett år sedan. Idag på morgonen okontaktbar och maken/makan noterar rosslig och en något oregelbunden andning. Maken/makan larmar hemtjänsten som i sin tur kontaktar kommunsjuksköterskan.

Kontroll av blodsocker som är ua. Maken/makan ledsen men samlad och uttrycker att han/hon "väntat på nästa hjärnblödning", och förmedlar att patienten har uttryckt att den inte vill till sjukhus igen.

Ett akut hembesök genomförs av distriktsläkaren som vid klinisk undersökning konstaterar en misstänkt ny kraftig påspädning av stroke, med tydlig medvetandesänkning och tillkomst av vänstersidiga förlamningssymtom. Patienten feberfri och uppvisar inga tecken på infektion i anamnes eller status.

I epikris från senaste vårdtillfället framgår att patienten inte bedöms ha någon rimlig möjlighet till vidare rehabilitering, varför distriktsläkaren gör bedömningen att vård på sjukhus inte tillför något ytterligare till den medicinska situationen. Patienten har dessutom gett uttryck för att han inte önskar vidare sjukhusvård.

Ingen vårdplan finns.

#### Sjukvård/åtgärder

Behov av akut medicinsk bedömning föreligger

#### Bedömning

Patientens behov kan lösas inom ramen för kommunens hemsjukvård tillsammans med läkare från primärvården.

Distriktsläkaren bedömer att patienten är i livets slutskede. Brytpunktssamtal genomförs med maken som informeras om fortsatta medicinska och omvårdnadsmissiga åtgärder i livets slutskede.

Patientens läkemedelslista ses över och saneras, vid behovs läkemedel för symtomlindring i livets slutskede ordinerar. En vårdplan upprättas tillsammans med dsk/ssk från hemsjukvården och personal från hemtjänsten.

Makan erbjuds samtalsstöd via vårdcentralen.

Vid behov kan distriktsläkaren kontakta den specialiserade hemsjukvården för konsultativt stöd i den palliativa vården.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

### **Vårdcentral**

Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---

## **Exempel 23 somatisk hemsjukvård (S23)**

79 år

### **Ärende**

Feber och försämrat allmäntillstånd

### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Äldre person med mångårig reumatisk sjukdom som lett till kraftigt inskränkt rörelseförmåga. Diagnosticerad demenssjukdom av typen Alzheimer, med snabb försämring under de senaste tre åren. Vårdas i hemmet av make/maka och hemtjänst. Patienten har vårdats på sjukhus vid två tillfällen under sista halvåret för lunginflammationer, orsakade av att mat kommit ner i lungorna som följd av sväljningssvårigheter. Patienten är inte ansluten till hemsjukvården sedan tidigare och okänd av kommunsjuksköterskan.

En eftermiddag har patienten återigen feber 39 grader och är slemmig i luftvägarna. Sitter uppe men är trött, har sovit mer än vanligt under dagen och är påtagligt allmänpåverkad.

Maken/makan tar kontakt med vårdcentralen och får tala med en sjuksköterska. Maken/makan berättar att patienten igår satte i halsen i samband med kvällsmaten och idag inte verkat må bra. Det framkommer också att de tidigare sjukhusvistelserna kraftigt har förvärrat patientens förvirringstillstånd.

Sjuksköterskan på vårdcentralen bedömer att det föreligger ett behov av hembesök och kontaktar kommunsjuksköterskan.

### **Sjukvård/åtgärder**

Behov av medicinsk bedömning i hemmet.

### **Bedömning**

Patientens behov kan lösas inom ramen för kommunens hemsjukvård. Dsk/ssk gör hembesök och bedömer att patienten inte bör förflyttas till annan miljö relaterat till tidigare uppkomna förvirringsepisoder i samband med sjukhusvistelse.

Den medicinska situationen kräver bedömning av läkare i hemmet. Vårdplan upprättas och behandling med antibiotika genomförs i hemmet. Det är viktigt att antibiotikabehandlingens resultat följs upp. Återkommande lunginflammationer orsakade av sväljningssvårigheter kan vara tecken på att patientens neurodegeneration börjar omfatta svalgmuskulaturen, vilket kan betyda att livets slut närmar sig.

Behov föreligger således av både akut och mer långsiktigt medicinsk bedömning av primärvårdsläkare i hemmet, som innebär ett ställningstagande till och planering av vården fortsatta mål och innehåll, i samverkan med patient/närstående och kommunens hemsjukvård.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

### **Vårdcentral**

Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---

## **Exempel 24 somatisk hemsjukvård (S24)**

83 år

### **Ärende**

Inkommer till AKM med ambulans. En granne har hittat personen sittande i trappuppgången då denne inte orkat ta sig upp till sin lägenhet på 3:e våningen.

### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Tidigare frisk, ensamboende, inga barn eller nära släktingar, arbetat som revisor. Har en kolonilott som han/hon under det sista året inte orkat sköta. Uppger att han/hon blivit allt tröttare under de sista månaderna. Har fortsatt ”god” aptit men trots detta förlorat 13 kg i vikt under våren. Har inte skött tarmen de sista två veckorna, blivit allt mer andfådd och påpekar att han/hon inte längre kan knäppa byxorna trots viktneidgången.

### **Sjukvård/åtgärder**

Utredning visar en generaliserad cancersjukdom, med en kraftigt förstörd lever, multipla metastaser, patologiska levervärden och begynnande ikterus samt ascites. Bilaterala lungmetastaser och hö-sidig pleuravätska. Har förutom sin stora trötthet och begynnande allmän svaghet i kroppen inga symtom. Förnekar smärta. Patienten informeras om undersökningsfynden och den dåliga prognosen. Patienten avsäger sig all ytterligare utredning och behandling, men önskar mycket starkt att få komma hem och avsluta sitt liv. Är lugn och samlad, känner ingen oro. Man kallar till samordnad vårdplanering och patienten beviljas hemtjänst med många insatstillfällen samt hemsjukvård

### **Bedömning**

Patienten är i behov av allmän palliativ vård, med regelbunden monitorering av symtom och välbefinnande. Anslutes till kommunens hemsjukvård.

Man kan här förvänta sig ett lugnt förlopp, med successivt tilltagande leversvikt med uttalad trötthet. Troligen snart helt sängliggande.

Distriktsläkaren gör ett hembesök tillsammans med dsk/ssk från hemsjukvården för ett brytpunktssamtal och för planering av vården i hemmet tillsammans med patienten. Successiv sanering av läkemedelslistan genomförs. Patienten får insatt vid behovsordination på palliativa läkemedel för sc injektion, så att dsk/ssk har möjlighet att ge god symtomlindring i livets slutskede.

Behov finns av paramedicinsk uppföljande bedömning i hemmet vid försämring för ordination av antidecubitusmadrass och ev andra hjälpmedel.

Palliativ konsultativ hjälp finns att få vid behov från den specialiserade hemsjukvården.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

Vårdcentral

**Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)**

---

### **Exempel 25 somatisk hemsjukvård (S25)**

75 år

#### **Ärende**

Behov av omläggning av buksår dagligen

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Opererad för ett inklämt bråck med infektion i såret i efterförloppet. Patienten är medtagen och går med rollator samt ett levande stöd. Hjälp av yngre hustru, fd sjuksköterska, samt hemtjänst på morgonen. Egenvårdsbedömning har genomförts på sjukhuset före utskrivningen och hustrun har instruerats på vårdavdelningen om hur såret skall läggas om. Patienten har återbesök om en vecka till Kirurgiska klinikkens mottagning.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Omläggning av sår som sköts av hustrun. Vill ha omläggningmaterial. Materialet är ur standardsortiment. Patient och hustru uttalar tydligt att de tar kontakt med hemsjukvården själva vid behov.

#### **Bedömning**

Patienten är berättigad till kommunens hemsjukvård. Egenvårdsplan har upprättats på sjukhuset och hustrun utför åtgärden i hemmet.

Kommunens hemsjukvård ska förse patienten med det material som behövs för att hustrun skall kunna sköta omläggningen. Materialet är standardsortiment och skall då bekostas av kommunens hemsjukvård.

Hemsjukvården tar över uppföljningen av patienten när kirurgen avropar detta.

Hustrun ringer hemsjukvården om hon behöver hjälp.

## Kommunens hemsjukvård

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

Vårdcentral

**Specialistsjukvård** (sluten vård eller öppen vård)

---

### Exempel 26 somatisk och psykiatrisk hemsjukvård (S26)

50 år

#### Ärende

Person med grav psykisk sjukdom som är helt beroende av sina invanda rutiner. Har en tumörsjukdom som ger anemi med orkeslöshet och trötthet som följd, har lågt Hb och behöver blodtransfusioner med jämna mellanrum.

#### Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning

I början av 2013 diagnostiserad med peritoneal carcinos. Uteblivit från upprepade kallelser och försök till kontakt från kirurgmottagningen. Kommer i januari 2014 på ett mottagningsbesök tillsammans med en avlägsen släkting och informeras om sin diagnos.

På grund av sjukdomens utbredning och patientens psykiska tillstånd är han/hon inte aktuell för någon tumörspecifik behandling, men patienten accepterar att få blodtransfusion i hemmet då blodvärdet är påtagligt lågt.

Den psykiatriska bedömningen beskriver en patient med en emotionellt instabil personlighetsstörning med autistiska drag med genomgripande utvecklingsstörning och ett iatrogent beroende av benzodiazepiner. Patienten tycker själv att han/hon inte behöver någon medicinsk hjälp. Han har hemtjänst 1g/vecka, för diskning och inköp.

#### Sjukvård/åtgärder

Patienten remitteras till ordinarie distriktsläkare. Behov av palliativ vård, i första hand blodtransfusion och framtida kontroll av blodstatus samt övrig symtomlindring vid behov.

Kommunens hemsjukvård kontaktas och den kommunala psykiatriska hemsjukvården har redan kännedom om patienten utifrån behovet av psykosocialt stöd p g a den psykiska sjukdomen.

Fortsatt kontakt med Psykiatriska kliniken för läkemedelsförskrivning.

#### Bedömning

#### Exempel S26 samsjuklighet, somatisk och psykiatrisk hemsjukvård

Patienten behöver kommunens hemsjukvård för att ha en fast kontakt och ett helhetsomhändertagande, psykiskt och medicinskt. Primärt behov av blodtransfusion i hemmet, i nuläget oklart hur ofta detta behöver upprepas. Inom en snar framtid läkarbedömning, brytpunktssamtal och planering för palliativ vård. Vid behov kan landstingets specialiserade hemsjukvård ge konsultstöd. Samordning med beslut om vem/vilka som gör vad av alla olika insatser kring patienten sker via SIP i patientens hem.

**Kommunens hemsjukvård**  
**Landstingets specialiserade hemsjukvård** eller specialiserade rehabilitering  
Vårdcentral  
**Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)**

---

**Exempel 27 somatisk hemsjukvård (S27)**

91 år

**Ärende**

Multisjuk person som vårdats på sjukhus pga hjärtsvikt. Patienten behöver syrgas i hemmet.

**Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

1. Person med kronisk ischemisk hjärtsjukdom, grav hjärtsvikt, KOL och förmaksflimmer. Nu sjukhusvårdad pga tilltagande dyspné och stora ödem, behov av kontinuerlig syrgasbehandling konstateras. Patienten är avsevärt försämrad sedan föregående vårdtillfälle för 2 månader sedan. Beslut vid samordnad vårdplanering att patienten ska vårdas hemma med hjälp av hemtjänst x 6. Syrgaskoncentrator ska installeras i hemmet. Inhalationer med hjälp av PariBoy ska delegeras till hemtjänst. Bor ensam i lägenhet 3 tr upp, hiss finns. Förflyttar sig i rullstol, ligger mestadels i sängen.

2. När patienten vårdats hemma en dryg vecka försämras han/hon ytterligare. Är nu helt sängliggande, kan inte ta sina tabletter längre och börjar bli motoriskt orolig. Närstående finns hos patienten dygnet runt.

**Sjukvård/åtgärder**

1. Syrgasbehandling, iv injektion av vätskedrivande vid behov, bronkvidgande inhalationer regelbundet. Puls, blodtryck och kontroll av ödem genomförs varannan dag för att snabbt upptäcka progress av hjärtsvikten, insätta åtgärder och förebygga lungödem. Brytpunktsbedömning gjord på sjukhuset.

2. Behov av kontinuerlig tillförsel av lugnande läkemedel via sc injektion och/eller pump. Enstaka injektioner av analgetika p g a generell smärta

**Bedömning**

1. Patienten är i behov av kommunens hemsjukvård för regelbunden uppföljning och symtomlindring. Syrgas utprovas av Lungmedicinska kliniken och installeras i hemmet.. Patienten ansluts till kommunens hemsjukvård av distriktsläkare och dsk/ssk i direkt anslutning till hemkomsten från sjukhuset. Patientens kontaktperson från hemtjänsten är närvarande vid anslutningen och ansvarig dsk/ssk är väl förtrogen med hantering av syrgasutrustningen. En vårdplan upprättas.

2. Behov av konsultativt stöd från den specialiserade hemsjukvården avseende patientens oro. Distriktsläkaren får råd kring lämpliga läkemedel mot patientens motoriska oro, dosering och ordination av sc pump. Ansvarig dsk/ssk har inte tidigare kommit i kontakt med subcutan pump varför konsultativt stöd från ssk från den specialiserade hemsjukvården ges med instruktion kring pumpens funktioner, inställningar och hur den appliceras på patienten etc. Fortsatt konsultativt stöd från specialiserade hemsjukvård ges utifrån behov och överenskommelse.

### **Exempel 28 somatisk hemsjukvård (S28)**

77 år

#### **Ärende**

Behandling av dehydrering och acidosis.

#### **Sjukdomssituation, problem/behov, funktionsnedsättning**

För 11 år sedan opererad och strålbehandlad p g a gynekologisk cancer. På grund av strålbehandlingens akuta och långsiktiga biverkningar på tarmen fick patienten efter några år problem med tarmfistlar och man tvingades göra en tunntarmsresektion och anlägga en hög ileostomi.

Har alltsedan operationen haft höga flöden i stomin vilket ibland snabbt kan leda till dehydrering och acidosis. Har upprepade tillfällen vårdats i akutsjukvård p g a detta. Man planerar nu för hemsjukvård för att slippa långa och många sjukhusvistelser. Går på regelbundna kontroller inom specialistsjukvården.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Behov av hög tillgänglighet för provtagning och snabbt insättande av parenteral vätskebehandling och korrigerande av acidosen vid försämring. Behandlingen kan inte standardiseras utan behöver ordinerats utifrån aktuell situation och tillståndet följas med upprepad tät provtagning.

#### **Bedömning:**

Patienten ansluts till landstingets specialiserade hemsjukvård för hjälp med vätskebehandling p g a upprepad dehydrering och acidosis.  
Patientens vardag förenklas och livskvaliteten ökar då hon nu inte behöver vara bunden till sjukhuset ibland flera gånger per månad. Närheten och den förenklade tillgängligheten till vård i hemmet gör också att patienten snabbare signalerar en försämring och hinner inte bli lika dålig innan hon söker vård som tidigare, då hon ofta hamnade direkt på IVA.



## Kommunens hemsjukvård

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

Vårdcentral

Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---

### Exempel 29 somatisk hemsjukvård (S29)

86 år

#### Ärende

Palliativ vård av nydiagnosticerad gallväggscancer

#### Sjukdomssituation, problem/behov, funktionsnedsättning

Multisjuk person med bland annat hjärtsvikt, hypertoni och tablettbehandlad diabetes mellitus i anamnesen. Har hemtjänst en gång dagligen samt hjälp med städningen en gång var 14:e dag.

Sedan en tid har patienten blivit allt tröttare och vid dotterns vanliga lördagsbesök noterar hon att pappa/mamma blivit kraftigt gul i huden. Inkommer till akutmottagningen där man efter provtagning och ett ultraljud kan konstatera en gallstas samt misstanke om levermetastaser.

1. Patienten inläggs på Kirurgiska kliniken och bedöms klara av en ERCP där man anlägger en stent i gallgången och får ett bra flöde. Gulsoten klingar av, men patienten är fortsatt trött och har dålig matlust. Patienten informeras tillsammans med dottern om att man misstänker en gallväggsmalignitet med spridning till levern. Patienten tackar nej till fortsatta aktiva åtgärder och önskar återvända hem.
2. Patienten får en vecka efter hemkomsten hög feber och frossa en natt. Patienten inkommer till akutmottagningen och inläggs på kirurgavdelningen. Man misstänker infektion i gallstenen vilket verifieras med blodprover och blododling. Insätts på iv antibiotika tre gånger/dygn och kan efter en vecka åter skrivas ut från sjukhuset. Har under vårdtiden bekymmer med illamående och ökande smärtor

#### Sjukvård/åtgärder

1. Patienten återvänder hem men är fortsatt mycket trött och har blivit påtagligt svag i benen, men förnekar smärtor eller andra symtom i nuläget. Får hjälp av kommunens hemsjukvård.

Planering för palliativ vård och brytpunktssamtal bör genomföras. Beredskap ska finnas att snabbt fånga upp och lindra symtom under sjukdomsförloppet som exempelvis illamående, aptitlöshet, smärtor, oro, munsvamp samt eventuell kolangit.

2. Upprepade infektionsepisoder är inte ovanligt och kräver återkommande antibiotikabehandling. Ibland behöver stenten bytas om och när den slammar igen. Ökande symtom, med smärtor, illamående etc

#### Bedömning

Patienten är i behov av hemsjukvård.

För en del patienter är förloppet stillsamt där ålder och multisjuklighet kan bidra till att patienten har en ganska kort förväntad återstående livstid med ringa symtomproblematik.

Dessa patienter bör erbjudas vård inom ramen för kommunens hemsjukvård.

Andra patienter med samma diagnos, där aktiv onkologisk behandling kanske startas, upprepade infektioner i gallväggarna uppkommer och där smärtproblematik och andra symtom dominerar sjukdomsbilden, bör erbjudas vård inom landstingets specialiserade hemsjukvård.

**Kommunens hemsjukvård**  
**Landstingets specialiserade hemsjukvård** eller specialiserade rehabilitering  
**Vårdcentral**  
**Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)**

---

**Exempel 30 somatisk hemsjukvård (S30)**

45 år

**Ärende**

Medicinsk bedömning av luftvägsinfektion

**Sjukdomssituation, problem/behov, funktionsnedsättning**

Bor i ordinärt boende och har ett anpassat kontorsarbete ett par timmar dagligen. Har en tetraplegi sedan många år efter en båtolycka. Är tracheotomerad och har nattventilator. Tidigare haft frekventa episoder av luftvägsinfektioner/pneumonier, men sedan patienten fått en hostmaskin har situationen stabiliserats påtagligt. All skötsel av patienten sker utifrån egenvård. Patienten har personliga assistenter som sköter all omvårdnad inklusive tracheostoma, nattventilator och hostmaskin. Regelbunden kontakt med dsk/ssk inom kommunens hemsjukvård som gjort den ursprungliga egenvårdsbedömningen och som följer upp den regelbundet. Ansvarig läkare finns på vårdcentralen. Läkare på Neurorehab och Lungmedicinska kliniken finns tillgängliga som konsulter vid behov. Patienten har under dagen känt sig hängig, har nu 40 graders feber, börjar frossa och får tungt att andas. Patienten önskar att assistenterna i enlighet med vårdplanen ska ringa till landstingets specialiserade hemsjukvård och meddela sjukdomstecknen.

**Sjukvård/åtgärder**

Landstingets specialiserade hemsjukvård besöker patienten för en akut bedömning. Misstanke om infektion föreligger och infektionsprover tas, vid behov ordinerar och ges intravenös antibiotika. Ökad mängd vätska enteralt/peroralt ordinerar och ges av assistenterna, relaterat till den höga febern. Eventuellt kan patienten också behöva ligga några extra timmar i ventilatorn för att få hjälp med andningen.

**Bedömning**

En tydligt skriven vårdplan med handlingsplan för akuta åtgärder vid andningsinsufficiens och annan sjukdomsförsämring gör patienten och personalen trygg.

I handlingsplanen finns den specialiserade hemsjukvården med som resurs för bedömning vid försämring av sjukdom. Patienten kan erhålla diagnostik och behandling för den nu uppblussade luftvägsinfektionen inom ramen för landstingets specialiserade hemsjukvård. Därefter återgår det dagliga ansvaret för patienten till kommunens hemsjukvård och ansvarig distriktsläkare.

All omvårdnad och skötsel av patienten sker utifrån egenvård och dsk/ssk följer regelbundet upp detta i hemmet.

## Kommunens hemsjukvård

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

Vårdcentral

Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---

### Exempel 31 somatisk hemsjukvård (S31)

77 år

#### Ärende

Medicinsk bedömning och behandling av KOL exacerbation

#### Sjukdomssituation, problem/behov, funktionsnedsättning

Patient med insulinbehandlad diabetes, hypertoni och mångårig ögonsjukdom som lett till kraftigt nedsatt syn. Ansluten till kommunens hemsjukvård för hjälp med insulin två ggr/dag.

Har också en KOL grad 4, med kontinuerlig syrgasbehandling 1 liter/min, via syrgaskoncentrator. Kontrolleras regelbundet av Syrgasmottagningen på Lungmedicinska kliniken. Patienten har totalt åtta vårdtillfällen på sjukhus pga KOL exacerbationer, under de sista 8 månaderna. Vid sista vårdtillfället för en månad sedan informerades patienten om möjligheten att få medicinsk hjälp i hemmet vid försämring av KOL-sjukdomen vilket patienten accepterade att pröva. Trivs mycket bra i sitt hem och känner sig trygg.

Sista dygnet fått tilltagande dyspné och gröna upphostningar. Satt och sov i fåtöljen under natten till idag då han inte orkade gå till sovrummet, men larmade inte på hjälp.

Kommunens dsk/ssk hittar patienten på morgonen när dsk/ssk kommer för att ge insulinet. Dsk/ssk kontaktar direkt, i enlighet med vårdplanen, landstingets specialiserade hemsjukvård för en akut bedömning.

#### Sjukvård/åtgärder

Landstingets specialiserade hemsjukvård gör hembesök med läkare och ssk för klinisk bedömning och bedömer att hemsjukvård är möjlig. Efter provtagning som inkluderar blodprover och sputumodling, insätts sedvanlig steroidbehandling och intravenös antibiotika.

Kommunens hemsjukvård informeras fortlöpande om åtgärder som vidtas och om att rapportera eventuella observationer som tyder på försämring i samband med besök för ordinarie sjukvårdsinsatser.

#### Bedömning

Landstingets specialiserade hemsjukvård är här ett alternativ till sjukhusvård. Patienten kan antingen vara inskriven i landstingets specialiserade hemsjukvård som då tar ett långsiktigt ansvar för behandling av KOL-sjukdomen eller också kan landstingets specialiserade hemsjukvård finnas som backup i samband med försämringar och då tillfälligt gå in med ett vårdansvar.

Efter avslutad behandling planeras fortsatt uppföljning utifrån patientens behov och den medicinska vårdplanen kontrolleras att den fortsatt gäller eller justeras.

Patientens allvarliga, långt framskridna KOL-sjukdom innebär en potentiell risk för att återstående livstid är kort och ett läkarsamtal/brytpunktssamtal bör genomföras för att patienten ska bli medveten om sin situation och få möjlighet att planera resten av sitt liv.

## Kommunens hemsjukvård

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

### Vårdcentral

Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---

## Exempel 32 somatisk hemsjukvård (S32)

76 år

### Ärende

Medicinsk bedömning och initiering av hemsjukvårdsbesök

### Sjukdomssituation, problem/behov, funktionsnedsättning

Patient med välkänd KOL som haft 1-2 vårdtillfällen per år på sjukhus pga exacerbationer, ibland med behov av syrgasbehandling. Har vid dessa tillfällen ofta väntat väldigt länge med att söka och varit ordentligt nedsatt i sitt allmäntillstånd då han/hon äntligen kommit till sjukhuset. Har tydligt uppmuntrats att kontakta vården tidigare i fortsättningen redan vid begynnande tecken till försämring och ev infektion. Kontaktar idag vårdcentralen då patienten de sista tre dagarna fått tyngre att andas, hostar mer slem än vanligt som också blivit gulgrönt. Får en akut läkartid på mottagningen under dagen och tar sig med stor möda till vårdcentralen. Vid undersökningen finner man att patienten är på väg in i ny exacerbation, är subfebril och har en måttlig leukocytos. Patienten har vidare en lätt sänkt syresättning av blodet jämfört med sitt normalvärde, men en påtaglig funktionsnedsättning pga dyspné.

### Sjukvård/åtgärder

Behandling insätts med perorala steroider och antibiotika. Patienten får redan på mottagningen en inhalation med bronkvidgande läkemedel via en inhalationsapparat och blir betydligt förbättrad. Ordinerar fortsatta inhalationer och får tillfälligt låna med sig inhalationsapparaten hem.

Man bedömer att daglig uppföljning för kontroll av sjukdomsutvecklingen, kontroll av saturation och hjälp med inhalationerna möjliggör fortsatt vård i hemmet varför kommunens hemsjukvård kontaktas.

### Bedömning

Patienten är i behov av dagliga hembesök från kommunens hemsjukvård utifrån läkarordinationen om tillsyn av sjukdomsutvecklingen, kontroll av saturationen och hjälp med inhalationerna.

Efter några dagar kan hemsjukvården besök avslutas och ansvaret återgå till vårdcentralen.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering  
Vårdcentral

### **Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)**

---

#### **Exempel 33 somatisk hemsjukvård (S33)**

57 år

#### **Ärende**

Regelbunden stomiskötsel samt akuta besök vid läckage

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Insulinbehandlad diabetiker med mycket dålig njurfunktion som behandlas med dialys. Radikalt opererad för coloncancer och har en stomi med komplikationer i huden runt stomiöppningen. Lider periodvis av svår oro och ångest. Är aktiv när han/hon orkar. Kan gå men orkar oftast inte, använder rullstol  
Har en make/maka som slutat sitt arbete för att sköta sin make/maka. Patienten sköter sina mediciner själv inkl insulinet. Ingen hemtjänst.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Patienten åker till sjukhus tre dagar i vecka för bloddialys. Åker sjukresa med rullstol. Patienten behöver regelbunden hjälp med stomiskötsel tre gånger i veckan och akut hjälp vid stomiläckage. Två dagar i veckan får patienten hjälp med stomin på en mottagning på sjukhuset som ligger i anslutning till dialysavdelningen, (dialysavdelningen får inte sköta stomin pga av risk för kontaminering). Kommunens hemsjukvård åker därför hem till patienten och sköter stomin den dag i veckan som mottagningen på sjukhuset har stängt och inte kan hjälpa patienten i anslutning till dialysen.

#### **Bedömning**

<p>Patienten är svårt sjuk och har funktionsnedsättning pga uttalade trötthet. Undantag från tröskelprincipen är motiverad då det inte kan anses rimligt att patienten skall åka till vårdcentralen med hänsyn till den totala situationen. Läckage ifrån stomin kan uppträda dygnet runt och behöver då också åtgärdas i hemmet.</p>
---

### **Exempel 34 somatisk hemsjukvård (S34)**

Kvinna 39 år

#### **Ärende**

Postoperativa injektioner med blodförtunnande läkemedel under en begränsad tid.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Patienten har opererat bort livmodern. Kommer hem från sjukhuset fredag eftermiddag. Har ont i operationssåret när hon går men lindrar smärtan med tryck av kudde vilket fungerar bra. Skall ha en subkutan injektion med blodförtunnande (Innohep) på kvällen i fem dagar. Patienten är mycket stickrädd. Hon har uppmanats på vårdavdelningen att ringa till kommunens dsk/ssk om hon inte klarar av att själv ge sig sprutorna som hon blivit instruerad om. Hon får veta att kommunens dsk/ssk kan göra hembesök. Patienten bor tillsammans med make och två barn en mil utanför tätorten.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Patienten kontaktar kommunens hemsjukvård kl tre på eftermiddagen och vill ha hjälp med injektionen i hemmet. Kommunens sjuksköterska ringer upp patienten och försöker motivera henne att ge sig injektionen och ger henne ytterligare instruktioner. Kommunens sjuksköterska/distriktssköterskan frågar om hon istället får komma och 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.

Kommunens sjuksköterska/distriktssköterska informerar patienten om att hembesök görs ikväll och att patienten då skall försöka att ge sig injektionen själv under handledning eller att maken lär sig.

Kommunens sjuksköterska/distriktssköterska rapporterar till kvällssköterskan som åker till patienten som själv öppnar dörren och rör sig ganska obehindrat. Patienten vägrar att själv ge sig sprutan. Maken erbjuder sig men patienten vägrar att gå med på detta.

#### **Bedömning**

Patienten har ett funktionshinder pga av sin rädsla för sprutor. Ringa hinder föreligger pga av sjukdom. Dsk/ssk förklarar för patienten att injektionen betecknas som egenvård och att det inte är motiverat med hembesök av distriktssköterska utifrån ett medicinskt perspektiv. Resterande sprutorna ska ges på vårdcentralen. Kommunens dsk/ssk ringer vårdcentralen och överrapporterar.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

### **Vårdcentral**

Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---

## **Exempel 35 somatisk hemsjukvård (S35)**

72 år

### **Ärende**

Omläggning av bensår 2 ggr/v inklusive medicinskt bad

### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Insulinbehandlad diabetiker. Har en amputerad arm efter en krigsskada och nedsatt syn, men läser med hjälpmedel. Har ett mycket stort svårläkt och smärtsamt bensår som ska läggas om två gånger i veckan och ett medicinskt bad av benet skall göras i samband med detta. Omläggningen inklusive badet tar ca en timme. Patienten tar läkemedel regelbundet mot smärtan men är inte smärfri. Vill inte ta mer tabletter för då blir han för trött.

Patienten bor tillsammans med sin hustru i en lägenhet fyra trappor upp, hiss. Hustrun talar ingen svenska, hon hjälper maken att ställa in dosen på insulinpennan och patienten ger sig injektionen själv. Patienten går med stöd av en kryckkäpp inne, går sällan ut vilket hustrun tycker är ett bekymmer. Sitter mest vid köksbordet och röker.

### **Sjukvård/åtgärder**

Dsk/ssk på vårdcentralen vill att patienten skall komma till mottagningen då det är lättare att utföra omläggningen där på ett säkert sätt. Det föreligger också en ergonomiskt dålig arbetsmiljö i hemmet. Förklarar för patienten att man inte själv får bestämma var man vill ha sin sjukvård och att man ska ta sig till vårdcentralen om man kan. Patienten bor nära vårdcentralen men motsätter sig att göra regelbundna besök med motiveringen att han ogärna går ut. Han tycker vidare att det är för dyrt med sjukresa.

Patienten kom inte till mottagningen. Distriktsköterskan ringer till patienten som säger att han har för ont för att komma. Dsk/ssk inom kommunens hemsjukvård gör hembesök för ytterligare en gång försöka att motivera patienten att komma till vårdcentralen, men han uteblir. Beslut fattas om att genomföra omläggningarna i hemmet.

### **Bedömning**

Patienten har inget funktionshinder eller sjukdom som motiverar undantag från tröskelprincipen. Han skulle kunna gå eller åka till vårdcentralen två gånger i veckan för omläggning utan större problem. Patienten kan i nuläget dock inte motiveras att komma till vårdcentralen, varför omläggningarna fortsätter under en tid i hemmet utifrån patient- och samhällsnytta. En ny diskussion tas med patient och närstående efter en månad.

### **Exempel 36 somatisk hemsjukvård (S36)**

42år

#### **Ärende**

Behov av intramuskulär injektion en gång per vecka.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Patienten har diagnosen MS. Förvärvsarbetar sex timmar per dag och åker färdtjänst i rullstol till arbetet. Bor i villa 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. Injektionen ska ges glutealt vilket utesluter att patienten kan ge sig injektionen själv. Behandlingen ger efter ca två timmar svåra biverkningar med frossbrytningar och feber. Patienten måste då ligga till sängs och ta febernedsättande. Patienten kan inte arbeta dagen efter varför han/hon vill ha sin injektion fredag kväll så sent som möjligt för att först kunna umgås med familjen. Patienten önskar att få injektionen i hemmet. Distriktssköterskan klarar inte av att få patienten att förstå att den inte är berättigad till kommunens hemsjukvård.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Injektionen ges i hemmet. Av en slump kommer ärendet till verksamhetschefens kännedom, som uppmanar distriktssköterskan att åter igen förklara att patienten inte är berättigad till hemsjukvård. Patienten ringer verksamhetschefen och till slut enas man om att patienten ska passera vårdcentralen på väg hem från arbetet på fredag eftermiddag och få sin injektion.

#### **Bedömning**

Den aktuella sjukdomssituationen eller behandlingen motiverar inte något undantag från tröskelprincipen. Inte heller föreligger det funktionshinder av sådan grad att det hindrar patienten att ta sig till vårdcentralen/jourcentralen.
--



## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

### **Vårdcentral**

Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---

## **Exempel 37 somatisk hemsjukvård (S37)**

82 år

### **Ärende**

Omläggning av ett operationssår och recidiverande bensår

### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Planerad protesoperation av hö höft. Dålig blodcirkulation i benen sedan flera år med svårläkta sår av och till. Har klarat sig själv i hemmet med enstaka insatser av en dotter. Tidvis tidigare gått till distriktssköterskan för omläggning av sår på benen. Använder rollator utomhus.

Vid hemkomst från sjukhuset har patienten två små nya sår på vänster underben. Klarar att gå med rollator och ett levande stöd, men har ordentlig rörelsesmärta i sitt opererade ben. Hemtjänstinsatser flera gånger per dag startar upp vid hemkomsten. En rehabplan finns och målet är att patienten skall kunna återgå till ett självständigt liv.

Arbeterapeuten gör hembesök och har tidigare deltagit i vårdplaneringen.

Arbeterapeuten instruerar patienten och övriga personalgrupper om ett träningsprogram

### **Sjukvård/åtgärder**

Patienten ansluts till kommunens hemsjukvård. Kommunens sjuksköterska/distriktssköterska tar stygnen från operationssåret och lägger om de två små nya bensåren två gånger per vecka i hemmet. Efter fem veckor är patienten påtagligt förbättrad och kan själv gå med käpp.

Har börjat med kortare promenader ute. Bensåren är oförändrade.

Vid en ny vårdplanering bestäms att patienten ska fortsätta åka till vårdcentralen för omläggning av sina sår. Patienten bedömer själv att han/hon klarar att ta sig från taxin in till vårdcentralen. Skrivs ut från kommunens hemsjukvård. Har ett återbesök inplanerat på Ortopedklinikens mottagning.

### **Bedömning**

Patientens funktionshinder med nedsatt rörelseförmåga och smärta efter operationen motiverar hemsjukvård under en tid. Efter god rehabilitering med minskad funktionsnedsättning skrivs patienten ut från hemsjukvården och ansvaret för omläggningarna av bensåren övertas av vårdcentralen.

## Kommunens hemsjukvård

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

### Vårdcentral

Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---

## Exempel 38 somatisk hemsjukvård (S38)

10 år

### Ärende

Vattkoppor

### Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning

En förälder ringer vårdcentralen och berättar att de har upptäckt vattkoppor på sitt barn, med debut för tre dagar sedan. Barnet har mycket rikligt med vattkoppor över hela kroppen och inne i munnen. Det är förenat med svår klåda och barnet har svårt att dricka, men får i sig i små portioner. Familjen har inte sovit på två nätter. Man har provat klådstillande receptfria preparat men de lindrar bara för stunden.

Sköterskan på vårdcentralen ringer upp och ber dsk/ssk inom kommunens hemsjukvård att göra hembesök för en medicinsk bedömning.

### Sjukvård/åtgärder

Kommunens sjuksköterska/distriktssköterska gör hembesök och förskriver klådstillande läkemedel.

Fyra dagar senare ringer föräldern igen och meddelar att barnet fortfarande har ett ganska stort antal vattkoppor som inte har torkat. Föräldern har nu varit hemma från jobbet en vecka och behöver ett intyg till Försäkringskassan för förlängt Vård av barn. Dsk/ssk inom kommunens hemsjukvård gör ett nytt hembesök, bedömer och utfärdar intyg

### Bedömning

Sjukdomen motiverar undantag från tröskelprincipen då patienten har kraftiga symtom samt att patienten är inne i ett skede av sjukdomen där en stor smittspridningsrisk föreligger.

**Kommentar:** Oftast ställs diagnosen vattkoppor redan i telefonen och sjuksköterska kan ge råd vilket vanligtvis är tillräckligt. Vissa vårdcentraler kan ha möjlighet att ta in barnet i ett rum som är isolerat från övriga besökare på vårdcentralen. I sådana fall är det patientens allmäntillstånd som avgör om undantag från tröskelprincipen är motiverat.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

### **Vårdcentral**

**Specialistsjukvård** (sluten vård eller öppen vård)

---

### **Exempel 39 somatisk hemsjukvård (S39)**

64 år

#### **Ärende**

Behov av iv antibiotika en gång dagligen i 14 dagar.

Antibiotikan kan ges som en injektion

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Har varit inläggande på infektionsavdelning pga en svårbehandlad lunginflammation.

Återgår till hemmet med CVK för fortsatt intravenös behandling ytterligare en tid. Har

återbesök om en vecka till behandlande läkare på infektionskliniken. Patienten är trött

men klarar sig själv och kan gå kortare promenader. Har en frisk pensionerad make/maka.

Paret bor två mil utanför mindre tätort med vårdcentral.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Antibiotikabehandling via CVK dagligen i 14 dagar. Skötsel av CVK samt provtagning.

Infektionskliniken har medicinskt ansvar för ordination, beställning av läkemedel/recept,

att ordinera och följa upp prover som tas samt uppföljning av patienten efter avslutad

behandling.

#### **Bedömning**

Patienten åker dagligen till vårdcentralen för aktuell behandling. Det finns ingen grund för undantag från tröskelprincipen.

Vårdcentralen har ansvar för behandlingen även lördag, sön- och helgdag. Detta innebär att patienten får ta sig till annan anvisad, under denna tid öppen vårdcentral/jourcentral för att få sin behandling.

Inom aktuell tätort har ett särskilt samarbetsavtal upprättat med kommunens hemsjukvård om tjänster jourtid. Patienten får därför i det aktuella fallet behandling i hemmet lördag, sön- och helgdag. Patienten har med sig en ordinationshandling, läkemedel och övrigt sjukvårdsmaterial som behövs för antibiotikabehandlingen hem från vårdcentralen.

Läkemedlet signeras av dsk/ssk i kommunens hemsjukvård i ordinationshandlingen som patienten tar med sig tillbaka till vårdcentralen på måndagen.

Kommunens hemsjukvård  
Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering  
**Vårdcentral**  
**Specialistsjukvård** (sluten vård eller öppen vård)

---

#### **Exempel 40 somatisk hemsjukvård (S40)**

35 år

#### **Ärende**

Daglig administrering av läkemedel, tabletter

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Patienten har ett blandmissbruk sedan flera år tillbaka men är nu utan missbruk sedan tre veckor. Patienten har en omfattande läkemedelsbehandling med långsam nedtrappning under sex månader. Patienten har tidigare inte lyckats hantera sina läkemedel och har nu avtalat med sin behandlande läkare inom beroendevården att daglig läkemedelsdos skall hämtas av patienten på vårdcentralen. Patienten bor i utkanten av en större tätort, har inga anhöriga inom rimligt avstånd och vännerna har missbruksproblem. Patienten har inte körkort.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Överlämna daglig läkemedelsdos till patienten som kommer till vårdcentralen.

#### **Bedömning**

Patienten kommer dagligen till vårdcentralen för att hämta aktuell läkemedelsbehandling. Det föreligger inget skäl för undantag från tröskelprincipen. Patientens närbelägna vårdcentral är stängd lördag, sön- och helgdag. Patienten får då hämta sina läkemedel på den vårdcentral inom tätorten som är öppen under jourtid.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

Vårdcentral

Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---

### **Exempel 41 somatisk hemsjukvård (S41)**

85 år

#### **Ärende**

Daglig administrering av läkemedel, tabletter

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Patienten har sedan ett år tillbaka en diagnossatt tilltagande demenssjukdom. Patienten är ensamstående och har bott i en mindre samhälle under hela sitt liv. Patienten klarar sin vardag ganska bra och tar dagliga promenader, men klarar däremot inte att ta emot instruktioner och närminnet är starkt nedsatt. Patienten är mycket irriterad över att inte få hantera sina läkemedel själv och har vid flera tillfällen brutit upp ett låst skrin där läkemedel förvarats i hemmet. Patienten är morgonpig och lämnar ofta hemmet före kl 8 för sin dagliga promenad. Patienten äter lunch på en närbelägen dagcentral.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Läkemedelsadministration en gång dagligen.

#### **Bedömning**

Patientens demenssjukdom med oförmåga att ta instruktioner och starkt nedsatt närminne motiverar ett undantag från tröskelprincipen och patienten ansluts till kommunens hemsjukvård då patienten inte kommer ihåg att gå till vårdcentralen och hämta sina läkemedel.

Om patienten inte är hemma på morgonen lämnar dsk/ssk läkemedelsdosen på dagcentralen så personalen där ger läkemedlen vid lunchen. Dagcentralen har en signeringslista. Om patienten inte dyker upp vid lunch ringer personalen till dsk/ssk inom den kommunala hemsjukvården.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

Vårdcentral

Specialistsjukvård (sluten vård eller öppen vård)

---

### **Exempel 42 somatisk hemsjukvård (S42)**

83 år

#### **Ärende**

Behov av påminnelse om PK-prov, dosettdelning, uppföljning av hur patienten tar sina läkemedel samt en allmän bedömning i hemmet avseende om det finns mat i kylen, om sängen är bäddad och lägenheten är städad etc.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Patienten är ensamboende i lägenhet i närheten av vårdcentralen, vill inte ha hemtjänst och har av sagt sig larm. Patienten har haft stroke x3 samt hypertoni, förmaksflimmer och en måttlig demens. Behandlas med Waran

Patienten tar inte alltid alla sina tabletter ur dosetten, då patienten tycker att han/hon ”har för mycket mediciner”.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Patienten behöver påminnas om provtagning när det är aktuellt för PK-prov pga. minnessvårigheterna och behöver hjälp med dosettdelning 1g/vecka. Tidigare har läkemedelsdelning och förvaring av läkemedel kunnat ske på vårdcentralen men det har inte fungerat under senare tid allteftersom patientens demens förvärrats. Patienten har inte kommit för provtagning och dosettdelning och när patienten inte hittat sina mediciner i hemmet har patienten trott att de varit slut och gått till apoteket flera gånger per dag för att hämta ut nya läkemedel.

#### **Bedömning**

Patientens minnesproblematik är skäl för undantag från tröskelprincipen och patienten ansluts till kommunens hemsjukvård.

## **Psykiatrisk hemsjukvård**

### **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

### **Vårdcentral**

### **Specialistsjukvård (slutenvård eller öppenvård)**

---

#### **Exempel 1 psykiatrisk hemsjukvård (P1)**

60 år

#### **Ärende**

Patient med recidiverande depression, mild kognitiv störning som följd av mindre stroke för 15 år sedan, hypotyreos samt diabetes.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Patienten har sedan många år uttalade exekutiva svårigheter, dvs. svårt att initiera och fullfölja aktiviteter, svårt att skapa och upprätthålla rutiner, svårt att få saker gjorda, Utredning på geriatrisk klinik ledde först till en demensdiagnos som sedan togs bort, då patientens kognitiva funktionsnedsättning bedömdes konstant, utan någon progress som förutsetts vid demens.

Patientens svårigheter märks bl.a. i att patienten ej klarat av att ta hand om sin ekonomi, klarar inte att medicinera regelbundet, något som leder till att patientens hypotyreos i perioder avsevärt försämras. Bristande effekt av medicinering för depression, som tidigare föranledde ineliggande vård och ökade doser psykofarmaka som ledde till svåra biverkningar. I samband med dessa perioder upptäcktes allvarliga brister i följsamhet till medicinering. Att effekten uteblir beror på att patienten i perioder inte alls tar sin medicinering, eller tar flera tabletter

Försök gjorts till medicindelning via mottagningen men patienten uteblir. Försök också via kommunens sjuksköterska/distriktssköterska, fungera dock inte heller då patienten inte alltid öppnar dörren till personal. Omfattande insatser från kommunen med boendestöd, som också har svårt att komma till i vissa perioder. Daglig verksamhet, som fungerar när patienten väl tar sig dit, men följsamhet är dålig även till dessa insatser. Patienten själv är hjälpsökande men har bristande insikt i sina begränsningar.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Kallelse kommit från primärvård för gemensam SIP

**Generella förutsättningar:**

Patienten är berättigad till kommunens hemsjukvård. Största nytta, kontinuitet samt helhetssyn för patienten utgör grund för hur samordning sker i det enskilda fallet. Ansvarsfördelning samt kontaktvägar tydliggörs i SIP.

**Aktuellt ärende:**

Psykiatrin ansvarar fortsatt för läkemedelsförskrivning och ordination samt uppföljning av psykiskt mående. Utifrån att graden av somatisk sjuklighet tycks större än det psykiatriska kan ställningstagande till samordning av hela läkaransvaret inom VC göras. Kontaktväg klargörs kring akuta psykiatriska behov.

Kommunen ansvarar för psykiatrisk hemsjukvård såsom läkemedelsadministration och stöd i hemmet samt motivation till och uppföljning av följsamhet till behandling, uppföljning av psykiskt mående. Ev ställningstagande till utprovning av kognitionshjälpmiddel i hemmet via kommunen. Akuta initiala bedömningar kring försämring – vid behov kontakta spec.psyk och/eller somatisk vård.

Vårdcentral ansvarar för läkemedelsförskrivning och uppföljning av somatiskt status.

Struktur för att gemensamt följa upp, utvärdera och planera vården mellan vårdgivarna anges i SIP.



## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering  
Vårdcentral

### **Specialistsjukvård (slutenvård eller öppenvård)**

---

#### **Exempel 2 psykiatrisk hemsjukvård (P2)**

50 år

#### **Ärende**

Person med schizofreni sedan 20 årsåldern.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Klarar vardagslivet ganska bra och har en relativt god kognitiv förmåga. Har inga vanföreställningar för tillfället.

Har pågående läkemedelsbehandling och går varje vecka till den psykiatriska öppenvården och får sin medicin av sjuksköterska. Mycket viktigt att medicineringen fungerar då patienten annars snabbt blir mycket sjuk. Vid sådana tillfällen tenderar patienten också att bli aggressiv och har tidigare hotat grannar och även slagit kommunens personal. Har inte haft behov av heldygnsvård de senaste 7 åren.

Går till dagverksamhet 1 ggr i veckan och har boendestöd 2 ggr/v. De stödjer patienten med framför allt städning, handling och sociala aktiviteter. Tidigare tillhörde lägenheten där patienten bor ett gruppboende men nu är det ett andrahandskontrakt och snart kan patienten ev ta över kontraktet själv. Hade tidigare mycket mer stöd i sin vardag men tycker att det fungerar bra idag.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Kallelse kommit för gemensam SIP

**Generella förutsättningar:**

Patienten är berättigad till kommunens hemsjukvård. Största nytta, kontinuitet samt helhetssyn för patienten utgör grund för hur samordning sker i det enskilda fallet. Ansvarsfördelning samt kontaktvägar tydliggörs i SIP.

**Aktuellt ärende:**

SIP görs tillsammans med patienten, kommun och landstingets psykiatri.

Psykiatri ansvarar fortsatt för läkemedelsförskrivning samt uppföljning av psykiskt mående. Kontaktväg klargörs i SIP kring akuta psykiatriska behov vid förnyade psykotiska symtom alt aggressivitet eller riskbeteende såsom alkoholbruk.

Kommunen ansvarar för psykiatrisk hemsjukvård såsom läkemedelsadministration, motivation till och uppföljning av följsamhet till behandling samt uppföljning av psykiskt mående. Akuta initiala bedömningar kring försämring – vid behov kontakta spec.psyk

Struktur för att gemensamt följa upp, utvärdera och planera vården mellan vårdgivarna anges i SIP.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

### **Vårdcentral**

### **Specialistsjukvård (slutenvård eller öppenvård)**

---

#### **Exempel 3 psykiatrisk hemsjukvård (P3)**

62 år

#### **Ärende**

Patient med depression och personlighetsstörning. Har också diabetes, kärlkramp, högt blodtryck och bensår.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Emotionell instabilitet med återkommande depressiva episoder. Har emellanåt suicidtankar. Har också ett antal suicidförsök bakom sig. När patienten mår dåligt isolerar han/hon sig och har svårt att ta tag i praktiska och sociala aktiviteter. Är ensamstående, men har den senaste tiden haft goda sociala kontakter med bl.a. syskon och särbo.

Har kontakt med psykiatriska kliniken öppenvårdsmottagning för läkemedelsbehandling samt stödsamtal. Vid försämringar och förhöjd suicidrisk viktigt med akut psykiatrisk bedömning och ställningstagande till heldygnsvård ev med stöd av tvångsvård.

Har kommunala insatser i form av daglig sysselsättning samt boendestöd.

Idag har patienten inte kommit till den dagliga sysselsättningen. Man söker patienten i hemmet, efter flera försök kan kontakt etableras per telefon. Misstanke uppkommer då om risk för suicid.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Behov av akut bedömning i hemmet föreligger.

**Generella förutsättningar:**

Patienten är berättigad till kommunens hemsjukvård. Största nytta, kontinuitet samt helhetssyn för patienten utgör grund för hur samordning sker i det enskilda fallet. Ansvarsfördelning samt kontaktvägar tydliggörs i SIP.

**Aktuellt ärende:**

Den dagliga verksamheten kontaktar kommunens hemsjukvård. Kommunens hemsjukvård gör bedömning i hemmet och kontaktar specialistpsykiatri vid behov. I kommunens uppdrag ingår att göra en initial suicidbedömning. Alla parter måste ha tillgång till SIP:en. Tydliga kontaktvägar måste finnas.

Psykiatri ansvarar fortsatt för läkem.förskrivn samt uppföljning av psykisk mående. Kontaktväg klargörs kring akuta psykiatrisk försämring och suicidrisk.

Kommunen ansvarar för psykiatrisk hemsjukvård såsom läkem.adm, uppföljning av psykiskt mående, och stödsamtal. Akuta initiala bedömningar kring försämring – vid behov kontakta spec.psyk.

Vårdcentralen ansvarar för läkemedelsförskrivning och kontroller av somatiskt status.

Struktur för att gemensamt följa upp, utvärdera och planera vården mellan vårdgivarna anges i SIP.

Kommunens hemsjukvård  
Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering  
Vårdcentral  
**Specialistsjukvård (slutenvård eller öppenvård)**

---

#### **Exempel 4 psykiatrisk hemsjukvård (P4)**

62 år

#### **Ärende**

Patient med paranoida vanföreställningar.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

När patienten har haft svårare symtom slutat äta pga han/hon trott att maten varit förgiftad. Lever ensam och har ett hus som inte är bebodigt pga av sanitära problem. Bor för närvarande i lägenhet som kommunen tillhandahåller.

Kontakt med psykiatri från och till sedan början av 90-talet. Svårt att få en behandlingsallians och inte följt läkemedelsordinationer. Har varit inlagd vid några tillfällen. Har sedan senaste inläggningstillfället stödkontakt i hemmet från landstinget. Det har tidigare varit svårt att etablera en stadigvarande kontakt inom psykiatri då han inte velat ha någon kontakt.

Har insatser från kommun i form av sysselsättning och kontaktperson som har accepterats. Av båda huvudmännen har han bedömts vara i behov av boendestöd men patienten har nekat detta.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Behov av akut bedömning i hemmet föreligger.

**Generella förutsättningar:**

Patienten är i nuläget inte berättigad till hemsjukvård enligt avtalet då de kommunala insatser som krävs (hemtjänst eller boendestöd) saknas. Gemensamt ansvar för huvudmännen att motivera patienten till boendestöd.

**Aktuellt ärende:**

Om patienten accepterar hemtjänst och/eller boendestöd kan kommunal hemsjukvård vara aktuellt. Största nytta, kontinuitet samt helhetssyn för patienten utgör i så fall grund för hur samordning sker i det enskilda fallet. Ansvarsfördelning samt kontaktvägar tydliggörs i SIP.

Psykiatrin skulle i så fall ansvara för fortsatt läkemedelsförskrivning samt uppföljning av psykiskt mående. Kontaktväg klargörs kring akuta psykiatrisk försämring.

Kommunen skulle ansvara för psykiatrisk hemsjukvård såsom läkemedelsadministration samt motivation till och uppföljning av följsamhet till behandling, uppföljning av psykiskt mående, stödsamtal samt motivationsarbete. Akuta initiala bedömningar kring försämring – vid behov kontakta specialistpsykiatrin.

Struktur för att gemensamt följa upp, utvärdera och planera vården mellan vårdgivarna anges i SIP.

## Kommunens hemsjukvård

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering  
Vårdcentral

### Specialistsjukvård (slutenvård eller öppenvård)

---

#### Exempel 5 psykiatrisk hemsjukvård (P5)

45 år

#### Ärende

Patient med Aspergers syndrom

#### Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning

Diagnostiserades i 20 års åldern. Har en del ångestproblematik kopplat till sin funktionsnedsättning. Har kontakt med psykiatri för stödsamtal och läkemedelsbehandling (injektioner 1 ggr/månad samt Apodos som han hämtar och sköter själv). Har också kontakt med Habiliteringen.

Har kommunala insatser i form av sysselsättning alla vardagar samt boendestöd 1 tim/v. Har behov av hjälp med struktur och inköp men fungerar relativt bra.

#### Sjukvård/åtgärder

Behov av samordnad individuell plan föreligger.

#### Bedömning

#### Psykiatri, exempel 5, 45 år

##### **Generella förutsättningar:**

Patienten är berättigad till kommunens hemsjukvård. Största nytta, kontinuitet samt helhetssyn för patienten utgör grund för hur samordning sker i det enskilda fallet. Ansvarsfördelning samt kontaktvägar tydliggörs i SIP.

**Aktuellt ärende:** För att samordna insatserna kring den enskilde föreslås hemsjukvårdsansvar övergå till kommunen. SIP görs tillsammans med patienten, kommun och landstinget

Psykiatri ansvarar fortsatt för läkemedelsförskrivning och uppföljning av psykiskt mående genom läkarbesök. Kontaktväg klargörs i SIP kring akuta psykiatriska behov.

Kommunen ansvarar för fortsatt boendestöd och sysselsättning samt för psykiatrisk hemsjukvård såsom uppföljning av läkemedelsbehandling samt uppföljning av psykiskt mående och stödsamtal. Ev ställningstagande till utprovning av kognitionshjälpmiddel i hemmet via kommunen. Akuta initiala bedömningar vid försämring – vid behov kontakta spec.psyk. SIP ska beskriva hemtjänstens kontaktväg till kommunens hemsjukvård för initial bedömning.

Struktur för att gemensamt följa upp, utvärdera och planera vården mellan vårdgivarna anges i SIP.

### **Exempel 6 psykiatrisk hemsjukvård (P6)**

30 år

#### **Ärende**

Patient med autismspektrumstörning och ADHD samt tidigare blandmissbruk av alkohol och narkotika.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Nyligen varit på behandlingshem för missbruksproblematik. Är arg på alla myndigheter, har uppträtt hotfullt när han/hon varit arg. Har svårt att sköta sin ekonomi, pengarna finns inte till medicin och räkningar. Patienten har boendestöd beviljat 2 ggr i veckan samt sysselsättning, men boendestödjarna träffar patienten endast sporadiskt eftersom han/hon inte alltid öppnar eller svarar i telefon. Sköter inte sysselsättningen. Säger till sina boendestödjare att han/hon dricker ibland, oklart hur mycket. Sista veckan har patienten inte hämtat ut sina mediciner (APOdos) säger att han/hon inte har pengar.

Har kontakt med flertalet läkare inom vuxenpsykiatrin. Flertalet kortare inläggningar. Kontakt med rehabiliteringen utifrån autismspektrumproblematik. Denna kontakt har inte heller fungerat med någon kontinuitet. Ingen pågående kontakt med beroende/missbruksvården.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Samordnad individuell planering borde ha kunnat göras i samband med och direkt efter beh.hem placering. Oklart varför det ej skett, men fortsatt behov av detta finns. I det aktuella skedet kontaktar boendestödet psykiatrin.



**Generella förutsättningar:**

Patienten är i nuläget inte berättigad till kommunal hemsjukvård enligt avtalet då samordnad individuell plan saknas. Patienten kan annars, utifrån problematik och aktuell situation/funktion vara berättigad till kommunal hemsjukvård.

**Aktuellt ärende:** I nuläget oklart om det finns förutsättningar för kommunal hemsjukvård eftersom patientens aktuella tillstånd inte är stabilt, oklarheter finns kring missbruksproblematik. Hot om våld behöver beaktas. Ansvarsfördelning samt kontaktvägar tydliggörs i gemensam vårdplan.

Psykiatrin ansvarar i nuläget för sjukvårdsinsatser. Besök till läkare behöver initieras för en förnyad bedömning. I samband med detta även kontroll av nykterhet, drogfrihet. Vid behov inneliggande vård. Förutom specialistpsykiatrin är kontakt med beroende/missbruksvård och habilitering aktuella. Landstinget har ansvar för fortsatt läkemedelsförskrivning. Riskbedömning, farlighetsbedömning är nödvändig. Kontaktväg klargörs kring akut psykiatrisk försämring och suicidrisk.

Kommunen ansvarar för boendestöd, stöd att komma iväg på möten eventuellt på sikt sysselsättning samt God man, alternativt Förvaltare. Utifrån kontakter bedömningar kring försämring – vid behov kontakta specialistpsykiatrin. På sikt, om patienten accepterar, kan SIP initieras, där kommunen skulle kunna ansvara för delning av läkemedel, kontroll av nykterhet, drogfrihet samt stöd. Rutiner behöver finnas för riskbedömning samt säkerhetsrutiner kring hemsbesök.

**Kommunens hemsjukvård**  
**Landstingets specialiserade hemsjukvård** eller specialiserade rehabilitering  
**Vårdcentral**  
**Specialistsjukvård (slutenvård eller öppenvård)**

---

**Exempel 7 psykiatrisk hemsjukvård (P7)**

32 år

**Ärende**

Patient med diagnos schizofreni sedan 2003

**Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Patienten har ett flertal gånger återinsjuknat i akuta psykotiska episoder och då vårdats enligt LPT. Patienten har bristande sjukdomsinsikt och därför behov av kontinuerligt stöd och motiverande samtal för att upprätthålla behandlingsinsatser i form av neuroleptika i depotinjektion och parallell tablettbehandling.

**Sjukvård/åtgärder**

Har regelbunden kontakt med sjuksköterska på psykiatriska kliniken öppenvårdsmottagning för injektionsbehandling och stödjande/motiverande samtal.

De kommunala insatserna består av daglig verksamhet, boendestöd samt god man.

**Generella förutsättningar:**

Patienten är berättigad till kommunens hemsjukvård. Största nytta, kontinuitet samt helhetssyn för patienten utgör grund för hur samordning sker i det enskilda fallet. Ansvarsfördelning samt kontaktvägar tydliggörs i SIP.

**Aktuellt ärende:**

För att förhindra återinsjuknade är det viktigt med tät samverkan mellan alla involverade, tillgång till psykiatrisk bedömning och ställningstagande till insatser ev. med stöd av tvångsvård.

Beroende på aktuell grad av sjukdomsinsikt och följsamhet till behandling kan läkemedelsadministrationen samt stödjande/motiverande samtal utföras i kommunal hemsjukvård. Ansvarsfördelningen tydliggörs i en SIP. Tydliga kontaktvägar måste finnas.

Psykiatrin ansvarar fortsatt för läkemedelsförskrivning, kontinuerlig psykiatrisk bedömning och medicinsk uppföljning av årskontroller vid neuroleptikabehandling. Hemsjukvård från den specialiserade psykiatrin kan behövas i kortare perioder ex. i samband med återinsjuknade och/eller behov av heldygnsvård.

Kommunen ansvarar för psykiatrisk hemsjukvård såsom läkemedelsadministration, uppföljning av psykiskt mående och stödjande/motiverande samtal. Kommunens ansvar vid försämring eller bristande följsamhet till behandling ska tydliggöras.

Vårdcentralen ansvarar för uppföljning av somatiskt status vid patologiska fynd eller misstanke om somatisk sjukdom i samband med årskontroller.

Struktur för att gemensamt följa upp, utvärdera och planera vården mellan vårdgivarna anges i SIP.

### Exempel 8 psykiatrisk hemsjukvård (P8)

49 år

#### Ärende

Patient med schizofreni.

#### Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning

Bor sedan 10 år tillbaka tillsammans med en man/kvinna som har egna psykiatriska problem. Besöker daglig sysselsättning sporadiskt beroende på mående hos patienten och/eller sambo. Har sedan insjuknandet haft sjukersättning.

När patienten eller sambon mår dåligt isolerar patienten sig och har svårt att ta tag i praktiska och sociala aktiviteter. Det förekommer bråk mellan samborna som gör att patienten mår sämre och klarar de vardagliga sysslorna i hemmet sämre. Har det i perioder väldigt rörigt i lägenheten och har svårt att hålla ordning på sin och sambons gemensamma ekonomi.

Har kontakt med psykiatriska kliniken öppenvårdsmottagning för läkemedelsbehandling samt stödsamtal. Öppenvårdsmottagningen har försökt att motivera patienten att ta emot boendestöd från kommunen men har ej lyckats mycket på grund av hela familjesituationen.

Har kommunala insatser i form av daglig sysselsättning

#### Sjukvård/åtgärder

Behov av utökade och samordnade insatser.

#### Bedömning

Psykiatri, exempel 8, 49 år

#### **Generella förutsättningar:**

Patienten är i nuläget inte berättigad till hemsjukvård då de kommunala insatser som krävs (hemtjänst eller boendestöd) saknas.

#### **Aktuellt ärende:**

Gemensamt ansvar för huvudmännen att motivera patienten till boendestöd. Därefter kalla till SIP för fördelning av sjukvårdsansvar.

Psykiatrin ansvarar fortsatt för läkemedelsförskrivning, uppföljning av det psykiska måendet samt stödsamtal, så länge patienten inte vill ha kommunalt stöd.

Kommunen ansvarar för den dagliga sysselsättningen tills patienten är motiverad att ta emot boendestöd från kommunen.

Kommunens hemsjukvård  
Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering  
Vårdcentral  
**Specialistsjukvård (slutenvård eller öppenvård)**

---

### **Exempel 9 psykiatrisk hemsjukvård (P9)**

44 år

#### **Ärende**

Patient med paranoid schizofreni, tidigare drogmissbruk och kriminalitet. Har nyligen flyttat till kommunen.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Person med schizofreni där de paranoida inslagen tidigare förstärkts i samband med försämrad följsamhet till läkemedelsbehandling och ett i perioder ökat intag av alkohol. Har tidigare också använt narkotiska preparat. Missbruket har också lett patienten in i kriminalitet. Är för närvarande nykter.

Har på tidigare bostadsort haft kontakt med psykiatrin i form av stödkontakt och medicinering och kommunala insatser i form av boendestöd och god man.

Som nyinflyttad har patienten nu sökt vård via psykiatrin till vilka han/hon fortfarande väntar på ett första besök. Remiss finns från tidigare vårdgivare. Patienten har också hos kommunen ansökt om boendestöd.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Behov av att utreda och bedöma patientens behov i den nya situationen med ny bostadsort och nya kontakter. Behov av fortsatt medicinering.

**Generella förutsättningar:**

Patienten är i nuläget inte berättigad till kommunens hemsjukvård. Först när utredningar är klara och behandling insatt och patienten befinner sig i habitualtillsånd kan eventuellt överförande av hälso- och sjukvårdsansvar till kommunal hemsjukvård vara aktuellt. Största nytta, kontinuitet samt helhetssyn för patienten utgör grund för hur samordning sker i det enskilda fallet. Även om hemsjukvårdsansvaret nu åvilar landstinget ska SIP göras då insatser från flera huvudmän är aktuella. Ansvarsfördelning samt kontaktvägar tydliggörs i SIP.

**Aktuellt ärende:**

Psykiatrin kontaktar kommunen för SIP i samband med att vården initierats. Gemensam planering och samordning kring huvudmännens insatser för individen. Alla parter måste ha tillgång till SIP:en. Tydliga kontaktvägar måste finnas.

Psykiatrin ansvarar fortsatt för läkem.förskrivn samt uppföljning av det psykiska mående samt läkemedels adm. Psykiatrisk utredning inkl missbruk/beroende. Kontaktväg klagörs kring akut psykiatrisk försämring och/eller missbruk.

Kommunen ansvarar för att utreda patientens behov av kommunala insatser samt utifrån detta ge dessa. Överförmyndare utser god man.

Vårdcentralen ej involverade.

### **Exempel 10 psykiatrisk hemsjukvård (P10)**

31 år

#### **Ärende**

Insjuknade för tre år sedan akut med psykotiska symtom. Efter utredning för knappt ett år sedan sattes diagnosen Schizofreni.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Patienten har kontinuerlig kontakt med specialistpsykiatrin. Läkemedelsbehandlas och har för närvarande få aktiva symtom. Utöver sedvanlig medicinsk behandling och stöd har patienten gruppbehandling i ”ett sundare liv” samt senaste året deltagit i en kognitiv gruppbehandling, IPT-k. Har sedan två år tillbaka diabetes för vilken patienten har kontakt med primärvården.

Från kommunen har patienten beviljats insatserna boendestöd och sysselsättning i form av s k arbetsliknande uppgift. Är aktuell för aktivitetsstöd från arbetsförmedlingen för att kunna gå vidare i sin arbetsrehabilitering till ett arbete. Pågående kommunala insatser har dock planerats upphöra, eftersom patienten har bedömts kunna, och själv även tydligt uttalar, att han/hon vill klara sig utan boendestödet eller den arbetsliknande uppgiften framöver. Patienten är angelägen om att leva som alla andra (sina kamrater). Vid samordnad individuell plan har patienten accepterat att boendestödet ska få finnas kvar en tid, när arbetsrehabiliteringen via arbetsförmedlingen påbörjas.

Vid dagens besök upptäcker boendestödjaren att patienten inte uppträder som tidigare. Patienten verkar vara psykiskt försämrad. Det dröjer lång stund innan ytterdörren öppnas. Patienten släpper inte riktigt in boendestödjaren, som blir stående på tröskeln in i lägenheten. Han/hon är frånvarande, tittar mest bort eller misstänksamt på boendestödjaren. Lägenheten verkar vara stökigare än vanligt, saker från sovrummet ligger i oordning på hallgolvet och inne i köket är det belamrat med porslin på diskbänken. Boendestödjaren får veta att patienten inte har kommit iväg till sin dagliga sysselsättning under veckan, men får däremot inget svar på sin fråga om patientens senaste kontakt med psykiatrin eller vårdcentralen.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Boendestödjaren söker upp kontaktpersonen på den dagliga sysselsättningen. Man kommer överens om att sjukvården ska kontaktas omgående för bedömning av uppkommet läge.

**Generella förutsättningar**

Patienten har inte varit berättigad till kommunal hemsjukvård eftersom gemensam bedömning varit att patienten inom snar framtid skulle klara sig utan boendestöd eller andra kommunala insatser. Största nytta, kontinuitet samt helhetssyn för patienten utgör grund för hur samordning sker i det enskilda fallet. Ansvarsfördelning samt kontaktvägar tydliggörs i SIP.

**Aktuellt ärende:**

Patienten uppfattas vara psykiskt försämrad men även oro för den somatiska hälsan finns. Det är första gången sedan patienten fick boendestöd, som patienten visar så pass allvarliga varningstecken. Boendestödjaren kontaktar berörd kontaktperson på den dagliga sysselsättningen. Tillsammans rapporterar man därefter situationen för behandlare både inom psykiatrin och inom primärvården. Kommande vecka finns sedan en längre tid tillbaka ett inbokat besök till handläggare på arbetsförmedlingen för planering av nästa steg gentemot ett framtida arbete.

Aktuell försämring visar behov av akuta åtgärder men även förnyad gemensam planering liksom behov av kanske fortsatt specialist psykiatrisk behandling. Avgörande blir att följa vad som sker. Kontaktväg klargörs kring akuta psykiatriska behov. Arbetsförmedlingen behöver kontaktas för att få vetskap om vad som nu är aktuellt.

Psykiatrin ansvarar för fortsatt specialistpsykiatrisk behandling (IPT-k), läkemedelsförskrivning och uppföljning av psykisk hälsa.

Kommunen ansvarar för boendestöd och sysselsättning.

Vårdcentralen ansvarar för läkemedelsförskrivning och uppföljning av diabetes.

Arbetsförmedlingen ansvarar för arbetsrehabilitering och stöd till lämpligt arbete.

Struktur för att gemensamt följa upp, utvärdera och planera vården mellan vårdgivarna anges i SIP.



## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

Vårdcentral

## **Specialistsjukvård (slutenvård eller öppenvård)**

---

### **Exempel 11 psykiatrisk hemsjukvård (P11)**

56 år

#### **Ärende**

Patient med psykosjukdom och tvångssyndrom.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Har påfallande mycket Aspergerdrag, uttalat tvång och ritualer. Upplever att andra ev kan läsa hans/hennes tankar och att han/hon själv kanske kan läsa andras tankar. Svårt att förstå icke verbala budskap samt svårigheter med att förstå sociala kontakter och att kommunicera.

Kommunala insatser i form av hemtjänst, färdtjänst och kontaktperson. Tidigare haft boendestöd

Har kontakt med psykiatriska klinikens öppenvård med besök på patientens eget initiativ för stöd och samtal. Hyggligt stabil medicinering med per oral neuroleptika samt ångestdämpande medicinering. Årliga besök hos läkare och sjuksköterska för uppföljning och utvärdering av vård utifrån vårdplan. Behov av hjälp med läkemedelshantering och kontroll av följsamhet till behandling.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Mår just nu relativt bra men har behov av att kunna ringa för stödande samtal också behov av hjälp med läkemedelshantering.

**Generella förutsättningar:**

Patienten är berättigad till kommunens hemsjukvård. Största nytta, kontinuitet samt helhetssyn för patienten utgör grund för hur samordning sker i det enskilda fallet. Ansvarsfördelning samt kontaktvägar tydliggörs i SIP. Kriterierna för kommunal hemsjukvård är uppfyllda då patienten samtycker till SIP.

**Aktuellt ärende:**

Kommunens hemsjukvård gör bedömningar i hemmet och kontaktar specialistpsykiatri vid behov. Behov av akut bedömning i hemmet kan föreligga. Alla parter måste ha tillgång till SIP:en. Tydliga kontaktvägar måste finnas.

Specialistpsykiatri ansvarar fortsatt för läkem.förskrivn samt uppföljning och utvärdering av psykiskt mående och vårdplan. Kontaktväg klargörs kring akut psykiatrisk försämring

Kommunen ansvarar för psykiatrisk hemsjukvård såsom läkem.adm, uppföljning av psykiskt mående och stödsamtal dygnet runt. Akuta initiala bedömningar vid försämring – vid behov kontakta spec.psyk. SIP ska beskriva hemtjänstens kontaktväg till kommunens hemsjukvård för initial bedömning. Kontaktpersonens uppdrag tydliggörs

Struktur för att gemensamt följa upp, utvärdera och planera vården mellan vårdgivarna anges i SIP.

## Kommunens hemsjukvård

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering  
Vårdcentral

### Specialistsjukvård (slutenvård eller öppenvård)

---

#### Exempel 12 psykiatrisk hemsjukvård (P12)

84 år

#### Ärende

Patient med paranoid schizofreni som sedan ungdomen varit psykotisk i perioder.

#### Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning

Har kontakt med specialist psykiatrin för läkemedelsbehandling samt stödjande samtal som oftast handlar om motivering till fortsatt medicinering och att bryta isolering genom att besöka servicehusets fritidsaktiviteter.

Välinställd på neuroleptika och sköter läkemedel själv. Medicineringen behöver dock följas upp regelbundet för att se att medicinen tas samt för att uppmärksamma ev försämringar i psykiskt mående eller biverkningar av läkemedel.

Har kommunala insatser i form av hemtjänst för personlig omvårdnad, dusch samt städning var 14:e dag samt matdistribution dagligen. Besöker sporadiskt servicehuset för att delta i fritidsaktiviteter och promenader.

#### Sjukvård/åtgärder

Kallelse kommit från specialist psykiatrin för gemensam SIP

#### Bedömning

#### Psykiatri, exempel 12, 84 år

##### **Generella förutsättningar:**

Patienten är berättigad till kommunens hemsjukvård. Största nytta, kontinuitet samt helhetssyn för patienten utgör grund för hur samordning sker i det enskilda fallet. Ansvarsfördelning samt kontaktvägar tydliggörs i SIP.

##### **Aktuellt ärende:**

För att samordna insatserna kring den enskilde föreslås att hemsjukvårdsansvaret övergår till kommunen. SIP görs tillsammans med patienten, kommun och landstinget

Psykiatrin ansvarar fortsatt för läkemedelsförskrivning och uppföljning av psykiskt mående genom läkarbesök. Kontaktväg klargörs i SIP kring akuta psykiatriska behov såsom vid förnyade psykotiska symtom.

Kommunen ansvarar psykiatrisk hemsjukvård såsom motivation till och uppföljning av följsamhet och effekt av läkemedelsbehandling. Stödsamtal. Uppföljning av psykiskt mående samt akuta initiala bedömningar vid försämring – vid behov kontakta spec.psyk Hemtjänsten ger personlig omvårdnad, stödjande samtal samt motiverar och stödjer aktiviteter för att bryta isolering. Struktur för att gemensamt följa upp, utvärdera och planera vården mellan vårdgivarna anges i SIP.

## Kommunens hemsjukvård

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering  
Vårdcentral

### Specialistsjukvård (slutenvård eller öppenvård)

---

#### Exempel 13 psykiatrisk hemsjukvård (P13)

65 år

#### Ärende

Schizoaffektiv sjukdom och tvångssymtom sedan 15 år tillbaka. Nu kvarvarande symtom med inslag av misstänksamhet och rösthallucinationer.

#### Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning

Har kvarvarande symtom i form av misstänksamhet och rösthallucinationer. Har många olika tvångstankar och tvångssymtom. Patienten har funktionssvårigheter dels av tvångssymtom men också initiativlöshet vilket gör att patienten har svårigheter att ta sig utanför hemmet.

Medicinerar för sina psykotiska symtom med viss effekt – läkemedelsadministration från spec.psyk. Har insatser från skötare inom spec.psyk med stödsamtal och promenader för att kunna ta sig hemifrån. Patienten har inte de senaste åren behövt så mycket akuta insatser.

Patienten har kommunala insatser i form av boendestöd för aktiviteter utanför hemmet.

#### Sjukvård/åtgärder

Planering i samband med SIP

#### Bedömning

Psykiatri, exempel 13, 65 år

#### **Generella förutsättningar:**

Patienten är berättigad till kommunens hemsjukvård. Största nytta, kontinuitet samt helhetssyn för patienten utgör grund för hur samordning sker i det enskilda fallet.

Ansvarsfördelning samt kontaktvägar tydliggörs i SIP.

#### **Aktuellt ärende:**

Patienten är berättigad till kommunens hemsjukvård då hon har pågående boendestöd för aktiviteter utanför hemmet. Utökad boendestöd kan vara aktuellt i detta skede.

Ansvarsfördelning tydliggörs i SIP.

Psykiatrin ansvarar för läkemedelsförskrivning samt uppföljning av psykiskt mående.

Tydlig SIP där kontaktvägar klargörs kring eventuell akut psykiatrisk försämring.

Kommunen ansvarar för psykiatrisk hemsjukvård såsom läkemedelsadministration, uppföljning av psykiskt mående och stödsamtal. Kommunen står för den första bedömningen vid försämring och vidare eventuella kontakter med specialistpsykiatrin. Struktur för att gemensamt följa upp, utvärdera och planera vården mellan vårdgivarna anges i SIP.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering  
Vårdcentral

### **Specialistsjukvård (slutenvård eller öppenvård)**

---

#### **Exempel 14 psykiatrisk hemsjukvård (P14)**

32 år

#### **Ärende**

Patient med Asperger syndrom och Schizofreni

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Vid psykotiska skov svåra symtom med självdestruktivitet och suicidala handlingar samt psykotiska symtom. Periodvis även slutenvård. Har kontakt på Habiliteringen utifrån Aspergerdiagnos. Har kontakt med sjuksköterska inom psykiatri för uppföljning av medicinering neuroleptika och stödjande samtal. Läkarkontakt var 3:e månad. Patienten har APO-dos som patienten i stabila perioder sköter själv.

Har kommunala insatser i form av boendestöd

Boendestödet upplever nu en försämring av patientens tillstånd med psykotiska symtom och viss självdestruktivitet som har uppmärksamats. Patienten har inte heller kunnat sköta sin Apo-dos pga försämring.

#### **Sjukvård/åtgärder:**

Behov av akut bedömning i hemmet föreligger.

**Generella förutsättningar:**

Patienten är berättigad till kommunens hemsjukvård. Största nytta, kontinuitet samt helhetssyn för patienten utgör grund för hur samordning sker i det enskilda fallet. Ansvarsfördelning samt kontaktvägar tydliggörs i SIP.

**Aktuellt ärende:**

Kommunens hemsjukvård gör bedömning i hemmet och kontaktar specialistpsykiatrin. I kommunens uppdrag ingår också att göra en initial suicidbedömning. Alla parter måste ha tillgång till SIP:en. Tydliga kontaktvägar måste finnas. Patienten bedöms vara i behov av en akut läkarbedömning och får hjälp att komma till psyk.mott. Patienten läggs in på slutenvård för att stabilisera de psykotiska symtomen och för att optimera läkemedelsbehandlingen. Vid utskrivning efter 7 dagar bestäms vid vårdplanering inför hemgång att patienten initialt behöver hjälp att hantera sina läkemedel, vilket den kommunala hemsjukvården ansvarar för fram tills dess att det bedöms att patienten klarar det själv. Initialt tät kontakt med patienten från den kommunala hemsjukvården för uppföljning. Fortsatt läkaruppföljning av patienten var tredje månad.

Psykiatrin ansvarar fortsatt för läkem.förskrivn samt uppföljning av psykiskt mående. Kontaktväg klargörs kring akuta psykiatrisk försämring och suicidrisk.

Kommunen ansvarar för psykiatrisk hemsjukvård såsom läkem.adm, uppföljning av psykiskt mående och stödsamtal. Akuta initiala bedömningar kring försämring – vid behov kontakta spec.psyk.

Habilitering bör också involveras i en gemensam SIP med ansvarar för de behov patienten har utifrån sin Aspergerdiagnos.

Struktur för att gemensamt följa upp, utvärdera och planera vården mellan vårdgivarna anges i SIP.

## **Kommunens hemsjukvård**

Landstingets specialiserade hemsjukvård eller specialiserade rehabilitering

### **Vårdcentral**

### **Specialistsjukvård (slutenvård eller öppenvård)**

---

#### **Exempel 15 psykiatrisk hemsjukvård (P15)**

49 år

#### **Ärende**

Patient med lindrig utvecklingstörning och organisk hallucinos samt visst självdestruktivt beteende. Patienten har opererats med större bukkirurgi och har ryggbesvär med smärta och gångsvårigheter. Diabetes.

#### **Sjukdomssituation problem/behov funktionsnedsättning**

Låg funktionsnivå, svårigheter att hantera vardagen, klarar inte att själv hantera sin mediciner, som han/hon ofta glömmar, med försämring av både psykiskt och fysiskt mående som följd. Svårt att komma igång på sysselsättning, svårt att sköta kontakter med VC för sin rehabilitering. Ensamboende och har boendestöd. Har två barn som är placerade i familjehem och HVB. Patienten har viss kontakt med dem.

Upprepade gånger inlagd på psykiatrisk avdelning för ökad suicidrisk eller ökad hallucinos, oro, ångest. Har sedan senaste inläggningstillfället regelbunden kontakt med landstingets psykiatri för stöd och mediciner, varit tämligen stabil men i stort behov av stöd. Kontakt med habiliteringen för sin lindriga utvecklingsstörning, som diagnostiserades relativt nyligen alltså i vuxen ålder.

#### **Sjukvård/åtgärder**

Patienten är nu försämrad, sover sämre, orolig på nätterna. Personal från boendestöd som träffar patienten flera gånger i veckan noterar att patientens APO-dospåsar är kvar, att patienten inte har tagit sina mediciner.

**Generella förutsättningar:**

Patienten är berättigad till kommunens hemsjukvård. Största nytta, kontinuitet samt helhetssyn för patienten utgör grund för hur samordning sker i det enskilda fallet. Ansvarsfördelning samt kontaktvägar tydliggörs i SIP.

**Aktuellt ärende:**

Personalen inom boendestödet ringer till sköterska inom kommunens hemsjukvård, som åker hem till patienten och gör en första psykiatrisk och somatisk bedömning samt provtagning vad gäller diabetes. Patientens blodsockervärden är höga, patienten går upp på toaletten flera gånger per natt och har sedan har svårt att somna om, vilket bidrar till ökad oro. Kontakt tas med läkare på VC. Kontakt tas även med psykiatriska öppenvården.

Psykiatrin ansvarar fortsatt för läkemedelsförskrivning samt läkarbesök. Vid ytterligare försämring av psykiskt mående, uttalade suicidtankar eller planer tar sjuksköterska i kommunen kontakt med specialistpsykiatris akutverksamhet – kontaktvägar klargjorda i SIP

Kommunen ansvarar för psykiatrisk hemsjukvård såsom läkemedelsadministration, uppföljning av psykiskt mående, stödsamtal och motivation. Hembesök planeras initialt till flera gånger i veckan, delning av mediciner minst 3 gånger i veckan, vid behov dagligen under en period, samt upprepade kontroller av blodsockervärden. Akuta initiala bedömningar kring försämring – vid behov kontakt med specialistpsykiatrin. Stöttar patienten att komma igång med sin rehabilitering. Ev ställningstagande till hemtjänst?

Vårdcentralen ansvarar för läkemedelsförskrivning och kontroller av diabetesen samt värkproblematiken. Patienten är även i behov av rehabiliteringsinsatser för sin värk och gångsvårigheter, via sjukgymnast och arbetsterapeut.

Struktur för att gemensamt följa upp, utvärdera och planera vården mellan vårdgivarna anges i SIP.



## Rehabiliterande hemsjukvård

### Exempel 1 rehabiliterande hemsjukvård (R1)

88 år

#### Sjukdomshistoria och symtombild

Personen insjuknade akut i stroke med högersidiga symtom, nedsatt kraft och motorik höger arm och hand samt balans och gångsvårigheter. Patienten bor tillsammans med make/maka i 1½ plans hus med stor trädgård på landet.

#### Rehabplanering

Rehabplan upprättas av stroketeamet inom slutenvården. Inför vårdplaneringen och utskrivning görs ett hembesök och rehabplanen revideras.

Rehabplanen visar att patienten har behov av träning av aktiviteter i dagliga livet (ADL), förskrivning och utprovning av hjälpmedel, funktionsträning av arm och hand samt balans och gångträning.

Kommunen ansvarar för den rehabiliterande hemsjukvården då insatserna inte kräver det specialiserade teamets hela resurs eller kompetens.

Om patientens funktionsnivå förbättras och patienten är träningsmotiverad kan ytterligare behandlingsperiod vara aktuellt på landstingets dagrehabilitering på mottagning.

## Exempel 2 rehabiliterande hemsjukvård (R2)

63 år

### Sjukdomshistoria och symptombild

Tidigare frisk och aktiv person som gick i pension nuvarande år. Akut insjuknad i stroke med högersidiga symtom; nedsatt styrka, koordination och känsel i höger arm/hand. Nedsatt styrka och koordination höger ben. Nedsatt balans. Går korta sträckor med rollator och tillsyn. Använder rullstol för längre sträckor. Har lindrig afasi, med svårighet att hitta rätt ord. Har liten kognitiv påverkan. Klarar inte sin personliga ADL självständigt.

Bor tillsammans med make/maka i hyreslägenhet på 2:a våningen. Fastigheten är utrustad med hiss. Trösklar finns mellan alla rum. Badrum med badkar.

### Rehabplanering

Rehabplan upprättas av stroketeamet inom slutenvården. Inför vårdplanering och planering av utskrivning görs ett hembesök och rehabplanen revideras.

Bostadsanpassningen behöver vara klar innan patienten kan flytta hem. Korttidsplats beviljas inom kommunen i väntan på bostadsanpassningen.

Rehabplanen visar att patienten har behov av fortsatt intensiv träning i hemmet i form av: ADL-träning för att bli självständig och funktionsträning för att bli gångare med rollator. Behandling av logoped ges på mottagning.

Kommunen ansvarar för den rehabiliterande hemsjukvården då patienten inte har behov av det specialiserade teamets hela kompetens.

Landstinget ansvarar för bedömning av det primära behovet av bostadsanpassning för att möjliggöra hemgång. Vid behov av ytterligare bostadsanpassning ansvarar kommunen.

Patienten får insats av logoped på landstingets mottagningsverksamhet.

När patienten har nått självständighet så långt det är möjligt med aktiviteter i hemmet i enlighet med rehabplanen kan behandlingsperiod vara aktuellt på landstingets dagrehabilitering på mottagning. Detta för att patienten ska nå högsta möjliga funktionsnivå.

### Exempel 3 rehabiliterande hemsjukvård (R3)

72 år

#### Sjukdomshistoria och symtombild

72-årig person med äldre hjärtinfarkt, tumör vänster njure, mekanisk aortaklaff, ulcerös kolit samt tidigare känd vänstersidig stroke som gett måttliga kvarvarande symtom i höger kroppshalva. Bor med make/maka i mindre ombyggd sommarstuga om 2 r.o.k. Inkommer akut pga försämring i höger sida av kroppen samt grav afasi. Tolkas som nytillkommen infarkt.

#### Rehabplanering

Rehabplan upprättad av stroketeamet inom slutenvården.

Patienten klarar att förflytta sig från liggande till sittande på sängkant med 1 person. Klarar förflyttningar, till och från rullstol med hjälp av en - två person och kan köra rullstolen själv. Har nedsatt uppmärksamhet åt höger och ger antydning om viss nedsatt kognitiv förmåga. Har under vårdtiden haft svårt med instruktioner. Behov av stöttning i övre ADL, hjälp med nedre ADL liggandes i sängen. Har KAD. Logoped gör bedömning av patientens afasi med behov av uppföljning i hemmet, då patienten inte klarar att ta sig till mottagningen.

Fortsatt rehabilitering i hemmet och insats från dsk/ssk och hemtjänst.

Målet med insatserna i rehabplanen:

- Möjliggöra kvarboende i hemmet.
- Klara förflyttningar till och från säng och till och från toalett tillsammans med hustrun.
- Öka uthålligheten i stående för att underlätta vid P-ADL.
- Kunna flytta sig från rullstol till soffa och tillbaka tillsammans med make/maka.
- Träning/stöd för att förbättra kommunikationen.

Den mesta av patientens träning i hemmet kan på sikt utföras med hjälp av hemtjänstpersonalen under ledning av kommunens arbetsterapeut och sjukgymnast.

Kommunen ansvarar för den rehabiliterande hemsjukvården. Landstinget ansvarar för logopedinsats i hemmet genom specialistfunktion i form av logopedbedömning och behandling. Insatserna sker enligt gällande vårdprogram och logopeden avgör om/när insatserna kan övergå till konsultativt stöd.

## Exempel 4 rehabiliterande hemsjukvård (R4)

81 år

### Sjukdomshistoria och symtombild

Tidigare relativt frisk. Ramlat i hemmet och ådrog sig en pertrochantär femurfraktur på höger sida som opererats. Patienten får belasta fullt och har inga restriktioner utan mobilisering efter ork. Går med rollator. Patienten bor ensam i litet hus i två våningar. Operationssåret något infekterat som påverkar hennes aktivitetsförmåga. Ansöker om hemtjänst inför hemgång.

### Rehabplanering

Vårdplanering sker inför hemgång. Där konstateras att patienten kan gå hem med ett träningsprogram, som han/hon själv ansvarar för, med målet att kunna gå obehindrat själv i trappan. Patienten har klarat trappgång på sjukhuset. När patienten kommit hem har han/hon svårt att klara självträningen. Patienten är rädd att gå själv och går endast när hemtjänst är på plats. Hemtjänsten uppmärksammar problematiken och kontaktar kommunens rehabiliterande hemsjukvård, som gör ett hembesök. Rehabplanen revideras tillsammans med patienten som formulerar sina mål. Planen innehåller åtgärder såsom gångträning, trappträning, olika förflyttningar i hemmet som till och från toalett och dusch, i och ur säng och påklädning.

Kommunen har ansvaret för den rehabiliterande hemsjukvården.
--

## Exempel 5 rehabiliterande hemsjukvård (R5)

87 år

### Sjukdomshistoria och symtombild

Sedan tidigare KOL. Efter ett fall i hemmet fått en humerusfraktur höger. Opererad. Förses med axellås under två veckor och försiktig mobilisering enligt vårdprogram vid överarmsfraktur. Patienten är trött och tagen, svårigheter med andningen och nedsatt aptit. Ensamboende i lägenhet, tre halvtrappor upp utan hiss.

### Rehabplanering

Inför vårdplanering inom slutenvården upprättas en rehabplan. Den visar att patienten har behov av träning av sin brutna högra arm samt förskrivning och utprovning av vissa hjälpmedel för att patienten ska klara vardagen.

Patienten har också behov av medicinskt stöd av sjuksköterska.

Ansökan om hemtjänst i samband med utskrivningen som beviljas under den första tiden efter hemgång.

Kommunen har ansvaret för den rehabiliterande hemsjukvården.
--

## Exempel 6 rehabiliterande hemsjukvård (R6)

90 år

### Sjukdomshistoria och symtombild

Bor ensam i ordinärt boende. Diabetiker sedan 35 år. Har under de senaste fem åren blivit alltmer påverkad av sin försämrade cirkulation, svårläkta bensår och den smärta det medför. Blir lårbensamputerad pga gangrän. Har ett sår på kvarvarande fot. Blir fort trött, måste vila ofta. Inga kognitiva problem.

### Rehabplanering

Utifrån patientens och anhörigas beskrivning av den fysiska miljön i hemmet, bedöms det inte möjligt att gå hem till det ordinära boendet direkt från sjukhuset. Vissa Anpassningar är nödvändiga att göra i hemmet. Vill komma hem till sin gamla lägenhet och bedöms klara det med ökad hemtjänst och stöttande anhöriga. Vistas på korttidsboende och får rehabiliteringsinsatser från arbetsterapeut och sjukgymnast i form av förflyttningsträning och träning i personlig vård.

Efter tre veckor är bostadsanpassningen klar och patienten flyttar hem. I behov av utökad hemtjänst. Fortsatt träningsbehov i hemmet, för att bli självständig i sin egen miljö.

Kommunen ansvarar för den rehabiliterande hemsjukvården inkl bostadsanpassning, då patienten inte bedöms bli protesgångare.

## **Exempel 7 rehabiliterande hemsjukvård (R7)**

25 år

### **Sjukdomshistoria och symtombild**

Patienten är en frisk person, som är rullstolsburen sedan födsel. Personen har nyligen flyttat till ett enplans radhus. Boendemiljön fungerar väl utifrån aktuellt behov, förutom att det är ett trappsteg till ytterdörr samt hög tröskel till badrummet.

I samband med inläggning på sjukhus för gallstensoperation påtalar patienten för vårdpersonalen att den är i behov av bostadsanpassning i hemmet. Vårdpersonalen informerar patienten om att kommunens arbetsterapeut är ansvarig för bedömning och intyg. Vårdpersonalen uppmanar patienten att kontakta kommunens arbetsterapeut.

### **Rehabplanering**

Inte aktuellt.

Kommunen ansvarar för den rehabiliterande hemsjukvården genom bostadsanpassning.
--

## **Exempel 8 rehabiliterande hemsjukvård (R8)**

45 år

### **Sjukdomshistoria och symtombild**

Patienten har en progredierande neurologisk sjukdom som innebär tät kontakt med neurolog, dietist, arbetsterapeut, logoped, sjuksköterska och sjukgymnast inom specialistvården. Patienten åker tillsammans med sina assistenter till mottagning inom Landstinget och tränar 1-3 gånger per vecka. Patienten är i behov av komfortullstol vid förflyttning. Har personlig assistans alla dagar i veckan. För att patienten ska kunna bo kvar i huset behövs omfattande bostadsanpassning.

### **Rehabplanering**

Rehabplanen visar bla att patienten behöver ansöka om bostadsanpassning.

Landstinget har ansvaret för den specialiserade rehabiliteringen i hemmet, då hans behov av rehabilitering kräver hela teamets resurs och kompetens.  
Landstinget har ansvaret för bostadsanpassningen i samråd med kommunen.  
Rehabplanen och dess uppföljning blir avgörande för när/om den specialiserade rehabilitering ska upphöra och kommunens rehabiliterande hemsjukvård tar över rehabiliteringsansvaret.



## **Exempel 9 rehabiliterande hemsjukvård (R9)**

86 år

### **Sjukdomsbild och symtombild**

Personen i fråga bor ensam och lever ett aktivt liv. Han/hon har enbart städhjälp från hemtjänsten och besöker sin vårdcentral några ggr per år, bl a för uppföljning av medicin. Personen i fråga har opererat sina ögon ett flertal ggr de senaste åren, har specialglasögon, och vittnar om svårighet att resa sig i och ur stol vilket inkluderar toaletten. När personen i fråga är på besök på VC så tar han/hon upp detta med sjuksköterskan.

### **Rehabplanering**

Patienten är i behov av toalettförhöjning för att underlätta toalettbesöken. Han/hon har även behov av att höja sängen.

Kommunen har ansvaret för den rehabiliterande hemsjukvården då patientens rehabiliteringsbehov bedöms i boendemiljön.
---

## Exempel 10 rehabiliterande hemsjukvård (R10)

63 år

### Sjukdomshistoria och symtombild

Tidigare frisk och aktiv person i yrkesverksam ålder. Arbetar heltid som administratör. Akut insjuknad i stroke med högersidiga symtom med nedsatt styrka, koordination och känsel i höger arm/hand och ben. Går korta sträckor med rollator och tillsyn. Använder rullstol för längre sträckor och blir fort uttröttad. Patienten har svårt att hitta rätt ord, men kan svara adekvat ja/nej. Stor kognitiv påverkan, som påverkar aktivitetsförmågan. Klarar inte sin personliga ADL självständigt.

Bor tillsammans med make/maka i hyreslägenhet på 2:a våningen. Fastigheten är utrustad med hiss. Trösklar finns mellan alla rum.

### Rehabplanering

Rehabplan upprättas av stroketeamet inom slutenvården. Inför vårdplanering och planering av utskrivning görs ett hembesök och rehabplanen revideras. Hembesöket visar att en enklare bostadsanpassning behöver göras innan återgång till hemmet är möjligt. Korttidsplats beviljas inom kommunen i väntan på bostadsanpassningen.

Rehabplanen visar att patienten har behov av fortsatt intensiva rehabiliteringsinsatser i hemmet. Patienten har behov av bedömning och behandling utifrån sin försämrade kognition, ADL-träning, funktionsträning för att bli självständig gångare med rollator och behandling av logoped för sin afasi. Specialistläkare har fortsatt PAL- ansvar.

Landstinget har ansvaret för den specialiserade rehabiliteringen i hemmet, då hennes behov av rehabilitering kräver hela teamets resurs och kompetens.

Landstinget ansvarar för bedömning och intyg om bostadsanpassning.

När patienten uppnått sina mål med hemrehabiliteringen enligt rehabplan kan det vara aktuellt med fortsatt träning på landstingets dagrehabilitering på mottagning.

## Exempel 11 rehabiliterande hemsjukvård (R11)

72 år

### Sjukdomshistoria och symtombild

En tidigare frisk och aktiv person, som insjuknat akut i en stroke, med efterföljande gång- och balanssvårigheter, kognitiv nedsättning, talsvårigheter av motorisk karaktär (dysartri) samt sväljningssvårigheter (dysfagi). Bor i 1-planshus på landet tillsammans med make/maka.

### Rehabplanering

Rehabplanen visar att patienten har behov av intensiv träning i hemmet efter utskrivning från sjukhuset i form av ADL-träning, rörelse- och styrketräning, behandling av svullnad och smärta i hand/axel, utprovning av hjälpmedel och kognitiv träning.

Patienten har även behov av insatser av logoped i form av träning av röst och artikulation samt angående kost och sväljningsteknik.

Patienten och hans närstående har även behov av samtalsstöd från kurator utifrån den förändrade livssituationen.

Landstinget har ansvaret för den specialiserade rehabiliteringen i hemmet, då patientens behov av rehabilitering kräver hela teamets resurs och kompetens.

Rehabplanen och uppföljning av densamma blir avgörande för vilka som har fortsatt rehabiliteringsansvar när patientens funktionsförmåga förbättras; kommunens rehabiliterande hemsjukvård, landstingets dagrehabilitering på mottagning, eller vid behov kan det vara aktuellt med parallella insatser av båda huvudmännen.

## Exempel 12 rehabiliterande hemsjukvård (R12)

76 år

### Sjukdomshistoria och symtombild

Patient med kärlsjukdom, diabetes, hypertoni, hjärtsvikt, bukaortaaneurysm, samt tidigare djup ventrombos. Svårläkta sår med utveckling av gangrän höger fot. Inlagd på kärlkirurgen för underbensamputation höger. Med i bilden finns även nedstämdhet/depression. Har trycksår på vänster häl, använder tryckavlastande sko från TeamOlmed. Flyttas från specialistvården till länssjukhuset för fortsatt vård och rehabilitering. Rullstol förskrivs av arbetsterapeut på avdelningen. Har nedsatt funktions- och aktivitetsförmåga; klarar inte förflyttningar, P- och I-ADL självständigt pga av nedsatt styrka och balans. Utprovning av silikonhylsa av ortopedingenjör och bedöms bli protesgångare. Vårdplaneras och skrivs ut från slutenvården till beviljad korttidsplats inom kommunen.

### Rehabplanering

Rehabplan upprättas som visar att patienten har behov av fortsatt träning av personlig vård, förflyttningsträning säng/rullstol/toastol, träning av styrka och balans samt träning i att förflytta sig med gåbord/betastöd. Så småningom protesträning; att ta av/på protesen samt gångträning med protes i barr och med gåbord.

Patienten tränar på gåskolan i landstingets dagrehabilitering på mottagning parallellt med träning på korttidsboendet. Arbetsterapeut och sjukgymnast från landstinget ansvarar för träningen. Omvårdnadspersonal utför viss träning enligt ordination.

Ny vårdplanering sker på korttidsboendet före hemgång till ordinärt boende. Rehabplanen revideras. Planering av bostadsanpassning i samråd med kommunens arbetsterapeut. Hemmiljön behöver anpassas för rullstol.

Landstinget ansvarar för den specialiserade rehabiliteringen i hemmet, då patienten bedöms bli protesgångare.

### **Exempel 13 rehabiliterande hemsjukvård (R13)**

67 år

#### **Sjukdomshistoria och symtombild**

En tidigare frisk och aktiv person. Insjuknar i stroke med högersidig svaghet i arm och ben. Patienten har talsvårigheter, sväljsvårigheter samt kognitiva nedsättningar. Patienten är uppegående med rollator med nära tillsyn av en person. Patienten är änkling/änka och bor ensam i en 1-plansvilla med källare.

#### **Rehabplanering**

Hembesök från slutenvården görs för att upprätta rehabiliteringsplan med målsättning att patienten kunna återgå till sitt hem. Bedömning görs av gång- och förflyttningsförmåga, orienteringsförmåga, säkerhetsaspekter, hjälpmedelsbehov, bostadsanpassningsbehov i det egna hemmet. Vid hembesöket görs också en aktivitetsbedömning med en enklare matlagning och kaffebergning. Hembesöket ligger till grund för fortsatt målformulering och upprättande av individuell rehabiliteringsplan.

Landstinget har ansvaret för enstaka hembesök, där det är en del av den pågående rehabiliteringsprocessen inom slutenvården. Det ger arbetsterapeut och sjukgymnast möjlighet att göra en realistisk bedömning i patientens hemmiljö av patientens fortsatta rehabiliteringsbehov.

## Exempel 14 rehabiliterande hemsjukvård (R14)

72 år

### Sjukdomshistoria och symtombild

Bor på särskilt boende sedan 6 år tillbaka. Flyttade till boendet efter att ha fått en stroke med högersidiga symtom. Var självständig gångare med rollator. Hade nedsatt balans och lätt nedsatt muskelstyrka och koordination höger hand, arm. Klarade förflyttningar i/ur säng självständigt. Behövde hjälp med sin personliga ADL då det gäller nedre hygien, påklädning och toalettbesök. Klarade övre med framsättning och muntlig stöttning. Blev lätt orolig och hade ett stort behov av närhet av personal för att känna sig trygg.

Har nu fått en påspädning med en ny stroke med ytterligare högersidiga symtom. Vill inte in till sjukhuset för utredning och behandling. Har försämrad funktionsförmåga med viss rörelseförmåga och muskelstyrka i höger ben och slapp pares höger arm/hand. En viss rörlighet finns i axel och överarm. Är nu rullstolsburen. Överflyttningar görs med vändskiva + vårdbälte + 2 personal mellan säng och rullstol. Blir fort uttröttad och då fungerar inte stående förflyttningar utan har behov av lyft från rullstol till säng. Har också afasi; svårt att hitta rätt ord, svarar inte alltid helt adekvat ja eller nej. Ouppmärksam åt höger sida. Känner en stor trygghet hos personalen på boendet. Läkare i primärvården har bedömt att patienten inte behöver skickas till sjukhus.

### Rehabplanering

Rehabplan upprättas av kommunens arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska. Har fortsatt rehabiliteringsbehov för att om möjligt komma tillbaka till samma funktionsnivå som innan den senaste stroke. Har också behov av logopedbedömning och ev. behandling. Är träningsmotiverad men har samtidigt behov av tryggheten i sin boendemiljö.

Kommunen har ansvaret för den rehabiliterande hemsjukvården med kompletterande insats av specialistfunktion från landstinget i form av logopedbedömning och behandling.

Insatserna sker enligt gällande vårdprogram och logopeden avgör om/när insatserna kan övergå till konsultativt stöd.

## Exempel 15 rehabiliterande hemsjukvård (R15)

46 år

### Sjukdomshistoria och symtombild

Insjuknar i Guillain Barré med försämring under 1 år, snabbt progredierande. Inlagd på specialistklinik. Har i nuläget i stort sett ingen funktionell förmåga i armar och ben. Mycket stor smärtproblematik, beröringssmärta och känslighet för värme/kyla. Kan sitta på sängkanten korta stunder själv. Förflyttas till rullstol med lyft. Blir mycket trött vid all slags förflyttning och därför i stort sett sängliggande. Bor tillsammans med make/maka i tvåplanshus. Är mycket nedstämd och frustrerad över sin situation.

### Rehabplanering

Rehabplan upprättas av slutenvården. Det övergripande målet är för patienten att få komma hem. Patientens delmål är att kunna äta själv och att klara av att använda kissflaskan själv i sängen. Slutenvårdens arbetsterapeut och sjukgymnast gör hembesök inför utskrivning och bedömer behov av enklare bostadsanpassning i form av tröskelborttagning och ramp vid entré. Rehabplanen visar att patienten har behov av fortsatt träning i hemmet i form av ADL-träning samt rörelseträning. Bedöms ha behov av krisbearbetande samtal med kurator.

Kommunen har ansvar för den rehabiliterande hemsjukvården.  
Landstinget ansvarar för insats av specialistfunktion i form av kuratorsstöd i hemmet.  
Kuratorn avgör om/när insatsen övergår till mottagningsverksamhet.

När patientens funktionsförmåga förbättras kan fortsatt behandling vara aktuellt på landstingets dagrehabilitering på mottagning.

## **Exempel 16 rehabiliterande hemsjukvård (R16)**

35 år

### **Sjukdomshistoria och symtombild**

Patienten ådrog sig för flera månader sedan en omfattande brännskada på hela kroppen, sitter i rullstol. Har varit inlagd sedan flera månader tillbaka men förberedelserna ska nu påbörjas för att patienten ska kunna komma hem. Bostaden behöver anpassas efter patientens behov.

### **Rehabplanering**

Rehabplan upprättas av brännskadeavdelningen inom slutenvården. Vårdplanering genomförs och beslut tas att kommunens arbetsterapeut gör ett hembesök tillsammans med patienten och dennes anhörig. Arbetsterapeuten har fått överrapportering angående strategier vid överflyttningar. Efter utskrivning kommer patienten att åka till Brännskadeavdelningen för att få rörelseträning. Kommunens arbetsterapeut och sjukgymnast ansvarar för rehabiliteringen i hemmet ex. förflyttningar och anpassning av den fysiska miljön. Vid frågor kring brännskadan gällande förflyttningar mm är arbetsterapeut och sjukgymnast på Brännskadeavdelningen ett konsultativt stöd.

Kommunen ansvarar för den rehabiliterande hemsjukvården.

Landstinget ansvarar för rehabiliteringen på mottagningen samt bistår med konsultativt stöd vid behov. Stödet sker oftast via telefon.



## Exempel 18 rehabiliterande hemsjukvård (R18)

58 år

### Sjukdomshistoria och symtombild

Tidigare frisk och aktiv person i yrkesverksam ålder. Arbetar som säljare. Drabbas av stroke, med kvarstående symtom som nedsatt initiativförmåga, apraxi, nedsatt omdöme och insikt samt afasi. Har svårt med tidsuppfattning och nedsatt minne.

Behöver hjälp/stöttning i personlig ADL. Har behov av hjälp för att få struktur på dagen och bryta inaktivitet.

### Rehabplanering

Rehabplan upprättas inom slutenvården. Inför vårdplanering och planering av utskrivning görs ett hembesök och rehabplanen revideras.

Rehabplanen visar att patienten är i behov av ADL-träning i sin hemmiljö, fortsatt träning av logoped samt stöd till anhöriga. Behov av kognitions hjälpmedel och kommunikationsstöd.

Inför utskrivning ordnar slutenvården ett informationsmöte/utbildningstillfälle för hemtjänstpersonal ang. symtombilden, då en förståelse av problematiken är nödvändig. Det är extra viktigt med bemötandet av patienten pga. personlighetsförändringen.

Landstinget ansvarar för den specialiserade rehabiliteringen i hemmet då hon har behov av hela teamets resurs och kompetens.

Landstinget ansvarar för utbildning av hemtjänstpersonal.

Kommunen ansvarar för information/utbildning till hemtjänstpersonal om/när rehabiliteringsansvaret övergår till den rehabiliterande hemsjukvården.

Om patientens funktionsförmåga förbättras och patienten är träningsmotiverad kan fortsatt träning vara aktuellt på landstingets dagrehabilitering på mottagning, för att patienten ska uppnå sin optimala förmåga.

## Exempel 19 rehabiliterande hemsjukvård (R19)

62 år

### Sjukdomshistoria och symtombild

Patienten söker VC pga upprepade fall under en längre tid. Uppmanas av distriktsläkare att kontakta sjukgymnast på mottagningen. Patienten har förflyttningssvårigheter och sjukgymnasten gör en överslag till kommunens rehabiliterande hemsjukvård för bedömning i hemmet. Patienten fortsätter sin träning hos sjukgymnast på mottagning. Vid uppföljning hos distriktsläkaren remitterar denne till neurolog för vidare utredning. Där diagnos ALS senare ställs.

Patienten har succesivt försvagats i arm-, ben-, nack-, andnings-, tal- och sväljmuskulatur. Hon kan stå korta stunder. Har svårt att lyfta armarna ovanför huvudet. Förflyttar sig korta sträckor med rollator inomhus, i övrigt sker förflyttning med rullstol. Behöver hjälp med större delen av sin ADL.

### Rehabplanering

Rehabplan upprättas av ALS-teamet så snart diagnos är ställd. Hembesök och/eller mottagningsbesök görs för att bedöma aktivitets- och funktionsförmåga. Mottagningsbesök görs även för att bedöma kommunikation- och sväljsvårigheter. Patienten är också i behov av samtalsstöd för att hantera den nya livssituationen samt åtgärder för att stödja god nutrition.

Huvudmålet är att patienten ska kunna vara så aktiv som möjligt så länge som möjligt. Då det ofta är ett snabbt progredierande förlopp är det av vikt att ligga steget för i rehabplanen gällande bostadsanpassningar, hjälpmedelsförskrivningar, insatser för att bibehålla rörligheten i så stor utsträckning som möjligt samt insatser för att hantera kommunikations- och sväljsvårigheter.

Landstinget har ansvaret för patientens rehabilitering då behovet av rehabilitering kräver hela teamets resurs och kompetens.

Landstinget har ansvaret för bostadsanpassning i samråd med kommunen.

Rehabiliteringsplanen och dess uppföljning blir avgörande för när annan vårdform tar vid. Här kan behov av parallella insatser från båda sjukvårdshuvudmännen vara aktuellt.

## **Exempel 20 rehabiliterande hemsjukvård (R20)**

82 år

### **Sjukdomshistoria och symtombild**

Patienten har tidigare varit frisk och rörlig. Bor med make/maka i hus på landet. Patientens huvudsakliga intresse har varit trädgårdsskötsel, vedhuggning och underhåll av huset. I samband med en operation fick patienten en stroke. Har nedsatt styrka och sensibilitet i vänster kroppshalva, försämrad balans och koordination i vänster ben, som begränsar vid gång och förflyttningar. Går med en kryckkäpp inomhus. Går korta sträckor utomhus med rollator och en person vid sidan. Klarar ej trapp. Har sovrum och badrum med dusch en trappa upp. Vänster hand är något fumlig, men patienten är vid utskrivning från sjukhus självständig i personlig vård, stöd av en person vid dusch.

### **Rehabplanering**

Rehabplan upprättas. Patientens mål är att gå inne utan stöd och självständigt ute med gånghjälpmedel. Patienten vill även klara trappan så han kan flytta upp till sovrummet på övervåningen och duscha i badrummet. Ett långsiktigt mål är att köra åkgräsklippare och kunna ta del av enklare trädgårdsarbete.

Träningen sker på mottagning.

### **Beskrivning av enstaka hembesök, som görs från mottagning**

Patienten har under en tid tränat på Dagrehab och klarar trappan på mottagning. Känner sig dock osäker och har inte vågat gå i trappan hemma, som är smal och svängd. Ett enstaka hembesök görs för att pröva i rätt miljö och en duschstol förskrivs för att säkra duschsituationen.

Landstinget har ansvaret för rehabilitering på mottagning och gör vid behov enstaka hembesök, som ett led i rehabiliteringsprocessen.

Utifrån uppföljning av rehabplanen kan fortsatt träning vara aktuellt på landstingets dagrehabilitering på mottagning, eller kommunens rehabiliterande hemsjukvård, eller parallella insatser från båda sjukvårdshuvudmännen, för att patienten ska uppnå sin optimala förmåga.

## Exempel 21 rehabiliterande hemsjukvård (R21)

30 år

### Sjukdomshistoria och symtombild

Ensamstående person, diagnostiserad med skovvis Multipel Skleros (MS) för 5 år sedan. Accentuerade förflyttningssvårigheter som begränsar i vardagen. Är svag i benen och har nedsatt balans. Går kortare sträckor utan hjälpmedel, klarar att cykla. Arbetar heltid på kontor, men har svårt att klara av sitt arbete p g a trötthet och svaghet. Börjar känna sig nedstämd, orolig och har svårt att sova. Bor på 2:a våningen utan hiss och har svårt att gå i trapporna.

### Rehabplanering

Rehabplan upprättas av sjukgymnast och arbetsterapeut på mottagningen. Målen i rehabplanen visar att patienten har behov av styrke- och balansträning för att bibehålla gångförmåga och klara trappor. Får en kryckkäpp utprovad och det påbörjas en diskussion kring rullstol för utomhusbruk, som senare förskrivs. Behöver en badbräda för att ta sig i och ur badkaret samt småhjälpmedel för att klara köksaktiviteter (egenprodukt). Är även i behov av kuratorskontakt pga oro och nedstämdhet.

Landstinget har ansvaret för rehabilitering på mottagning och gör enstaka hembesök, som ett led i rehabiliteringsprocessen.

Efter ett antal år har patienten successivt försämrats. Sjukdomen övergår i sekundärprogressiv fas med svaghet och spasticitet i benen samt försämrad handfunktion. Balansen försämras och patienten går nu bara kortare sträckor med kryckkäpp. Har flyttat till lägenhet på nedre botten. Uppdagat behov av rullstol även inomhus. Är nu sjukskriven och det är många möten med arbetsförmedling och försäkringskassan. Är mycket orolig över framtiden.

### Rehabplanering

Rehabplanen revideras och följs upp vid teamkonferenser (AT, SG, kurator) tillsammans med patienten. Bostaden behöver anpassas för tillgänglighet med rullstol samt för att komma ut på altan. Även i behov av WCdusch med spol- och torkfunktion pga nedsatt handfunktion. Fortsatt behov av regelbunden anpassad träning för att bibehålla och stärka muskulaturen samt träna sin balans. Fortsatt samtalskontakt med kurator.

Kommunens rehabiliterande hemsjukvård ansvarar för bedömning, hjälpmedelsförskrivning, bostadsanpassning och träning i hemmiljö.

Landstinget ansvarar fortsatt för rehabilitering på mottagning.

## Exempel 22 rehabiliterande hemsjukvård (R22)

39 år

### Sjukdomshistoria och symtombild

En tidigare frisk och aktiv person, som har fått diagnosen Huntingtons sjukdom och bedöms vara i en tidig komplikationsfas.

Patienten har successivt försämrats motoriskt och har svårigheter att kontrollera sina rörelser med tilltagande balanssvårighet. Patienten börjar ha svårt att ta sig i och ur bil. Har tal- och sväljsvårigheter.

De kognitiva funktionerna försämras gradvis och gör det svårt för patienten att hantera nya situationer och att organisera vardagen. Patientens förändrade livssituation med viss personlighetsförändring har medfört problem i relationen med närstående.

### Rehabplanering

Rehabplan upprättas av arbetsterapeut och sjukgymnast i kommunen. Målen i rehabplanen visar att patienten har behov av uppehållande träning för att bibehålla funktioner inom ADL och balansträning. Patienten behöver också stöd i att skapa tydlig struktur i vardagen. Det finns behov av förskrivning och utprovning av hjälpmedel, fysisk miljöbedömning i hemmet och ansökan/intyg om bostadsanpassning.

Patienten och make/maka har behov av insatser av logoped i form av information och rådgivning om kommunikationsstöd och bedömning av sväljsvårigheterna.

Patienten och närstående har också behov av samtalsstöd från kurator utifrån att livssituationen förändrats.

Landstinget har ansvar för patientens rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning då hans behov kräver hela teamets resurs och kompetens. Rehabilitering sker på mottagning och landstinget gör enstaka hembesök, som ett led i rehabiliteringsprocessen.

Landstinget har ansvar för bostadsanpassning i samråd med kommunen.

Patienten försämras ytterligare med stelhet i muskler och leder. Bostadsanpassning är genomförd och patienten kan med hjälp av assistenter klara sin ADL. Patientens förmåga att komma ihåg och att lära sig försämras dock gradvis. Sedan en tid har patienten drabbats av ångest och depression och får behandling med läkemedel för att mildra symtomen, som följs upp av ansvarig läkare. Sväljsvårigheterna har successivt ökat och patienten har svårigheter att äta med viktnedgång som följd. Läkarbedömning av PAL på neurologmottagningen bl a ang sväljsvårigheten.

## **Rehabplanering**

Rehabplan upprättas av arbetsterapeut och sjukgymnast i kommunen. Patienten har behov av fortsatt träning för att bibehålla funktioner och uppföljning och förskrivning av hjälpmedel. Information och råd till assistenter och närstående.

Logoped ger information och rådgivning till assistenter och närstående om kommunikationsstöd. Kommunikationsmottagningen ansvarar för bedömning av mer specifika kommunikationshjälpmedel.

Kommunen ansvarar för den rehabiliterande hemsjukvården.

Landstinget ansvarar för logopedinsats genom specialistfunktion i hemmet eller på mottagning.

Landstinget har ansvar för förskrivning av kommunikationshjälpmedel via Kommunikationsmottagningen.

## **Exempel 23 rehabiliterande hemsjukvård (R23)**

35 år.

### **Sjukdomshistoria och symtombild**

Patient som har varit med om en allvarlig trafikolycka för 6 månader sedan. Patienten bor med sin make/maka och sina 2 barn.

Initialt vårdades patienten på intensivsen och flyttades sen över till en rehabiliteringsavdelning. Nu ska patienten skrivas ut till hemmet med assistans dygnet runt.

Patienten har i dagsläget ingen viljemässig motorik, är medvetandesänkt, har ingen sväljfunktion och har heller ingen kommunikation. Patienten klarar att andas själv, har PEG.

### **Rehabplanering**

Rehabplan upprättas inom slutenvården. Under vårdtiden har ett hembesök gjorts tillsammans med kommunens arbetsterapeut för att bedöma boendemiljön, då det rör sig om en mer omfattande bostadsanpassning. Bostadsanpassningen är nu slutförd för att patienten ska kunna flytta hem.

Huvudmålet är att få en välfungerande och säker vardag i hemmiljön samt att hemsituationen tillsammans med familjen ska fungera. För att uppnå detta behöver patienten, personliga assistenter och familj instrueras angående förflyttningar och rörelseprogram för att motverka kontrakturer.

Kontinuerlig uppföljning avseende rullstolsittande behöver göras. Stöttning avseende sväljsvårigheter krävs samt bedömning och eventuella åtgärder avseende alternativ kommunikation. Åtgärder gällande nutrition och hantering av PEG är av största vikt.

Behov av stödsamtal till anhöriga utifrån familjens nya livssituation. Medicinsk uppföljning behövs samt även återkommande bedömning och behandling av spasticitet.

Landstinget har ansvaret för specialiserad rehabilitering i hemmet då patientens behov av rehabilitering kräver hela teamets resurs och kompetens.

Rehabplanen och uppföljning av densamma blir avgörande för om/när rehabiliteringsansvaret övergår till den rehabiliterande hemsjukvården i kommunen eller om det blir fortsatt träning på landstingets dagrehabilitering på mottagning.

## **Exempel 24 rehabiliterande hemsjukvård (R24)**

46 år

### **Sjukdomshistoria och symtombild**

Person som har varit med om en allvarlig arbetsplatsolycka för 6 månader sedan, bor med sin make/maka och ett av sina barn.

Initialt vårdades patienten på intensivvården och flyttades sen över till en rehabiliteringsavdelning. Nu ska patienten skrivas ut till hemmet.

Patienten har omfattande kognitiva nedsättningar. För att klara sin personliga ADL och övriga aktiviteter i hemmet är patienten i behov av stöd från en person. Patienten har svårigheter att komma igång med dagliga aktiviteter och att strukturera och planera sin dag, t.ex. vad gäller måltider.

Patienten har bristande sjukdomsinsikt, hittar inte i sin närmiljö och har ingen tidsuppfattning. Patienten klarar av att svara på frågor men tar själv inga initiativ till kommunikation. Patienten är uppegående utan gånghjälpmedel men har nedsatt balans och styrka.

### **Rehabplanering**

Rehabplan upprättas inom slutenvården inför hemgång. Huvudmålet är att patienten ska bli självständig i sin vardag. För att uppnå detta behöver patienten få hjälp att hitta och lära sig använda strategier. Patienten behöver kognitivt och kommunikativt stöd.

Eftersom patienten inte kan generalisera sin kunskap behöver detta tränas i hemmiljö med hög intensitet.

Insatser krävs av arbetsterapeut, sjukgymnast, logoped. På grund av den förändrade livssituationen är även hela familjen i behov av läkare och kuratorskontakt.

Landstinget har ansvaret för den specialiserade rehabiliteringen i hemmet då patientens behov kräver hela teamets resurs och kompetens.

Rehabplanen och uppföljning av densamma blir avgörande för om/när rehabiliteringsansvaret övergår till den rehabiliterande hemsjukvården i kommunen.