



**Dokumentnamn**

Rutin för anslutning till och utskrivning från hemsjukvård

**Berörd verksamhet**

Sektor Vårdförhållanden

**Upprättad av**

EC Hemsjukvård SSK, EC  
Hemsjukvård Rehab, MAR, MAS,  
SIP-samordnare

**Giltig från**

2022-09-01,  
2023-03-23 länkar uppdaterade

**Godkänd av**

VC Hemtjänst/Hemsjukvård  
MAS/MAR

## Rutin för anslutning till och utskrivning från hemsjukvård

### Syfte

Denna rutin syftar till att bedömning kring behov av hemsjukvård är likvärdig för alla kommuninvånare.

### Bakgrund

Enligt [Hälso- och sjukvårdsavtalet](#) i Västra Götaland ska ett gott, säkert och jämlikt omhändertagande säkras för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och Västra Götalandsregionen. Detta avtal ligger till grund för denna rutin.

Med hemsjukvård avses insats från sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut till patient som har ett behov som motiverar denna hjälp i hemmet, se nedan kriterier. Hemsjukvårdens sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut tar över ansvar för insatser utifrån respektive profession och utför dessa i den enskildes/patientens hem.

### Vem kan anslutas till hemsjukvård?

- Patienter som på grund av somatisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning inte kan ta sig till Västra Götalandsregionens mottagningar utan större svårigheter och där det på grund av insatsernas omfattning och frekvens motiverar att vården ges i patientens hem.
- Patienter med behov av hemsjukvård över tid, oavsett ålder eller diagnos, som kan ges med bibehållen patientsäkerhet i patientens hem.
- Patienter som enligt ovanstående punkter har behov av hemsjukvård kan samtidigt få vissa hälso- och sjukvårdsinsatser utförda på mottagning baserat på upprättad SIP.

Personer som bor på Vård- och omsorgsboende ansluts till hemsjukvården vid inflyttning. Personer med beslut om boende med särskild service inom LSS ska erbjudas hemsjukvård i samband med inflyttning. Detta innefattar också personer under vistelsetiden på dagverksamhet (SOL) och daglig verksamhet (LSS). Om det aktualiseras behov av hemsjukvård övrig tid för personer som har hemsjukvård under vistelse på dagverksamhet, krävs en vårdbegäran. Personer i ordinärt boende kan beviljas hemsjukvård om vårdbegäran är gjord och kriterier för anslutning är uppfyllda.

Att vara ansluten till hemsjukvården är alltid frivilligt och bygger på patientens delaktighet. Patienten har alltid möjlighet att söka vård hos andra vårdgivare. När patienten ansluts till hemsjukvården ska hen meddelas muntligt samt skriftligt via informationsblad. I informationen om anslutning ska mål med hemsjukvården samt plan för uppföljning tydligt framgå.

### Bedömning och beslut

Behovet av hemsjukvård uppmärksammas för kommunen genom Vårdbegäran i IT-systemet SAMSA. Vårdbegäran kan komma från patientens fasta vårdkontakt, primärvårdsrehab eller inför utskrivning från slutenvården. Beslut angående anslutning till hemsjukvården tas av hemsjukvårdens planeringsfunktion.

Underlag för bedömning kring behov av hemsjukvård ska ges från initierande part i IT -systemet SAMSA (primärvård alt. slutenvården). Saknas tillräckligt underlag, efterfrågas kompletterande information. Som stöd i bedömningen finns [Checklista vårdbegäran in utskrivning hemsjukvården](#) via SAMSA

### **Kväll och natt**

Kommunen skall enligt avtal och efter överenskommelse, i enskilda fall på kvälls- och nattetid, utföra planerade och/eller förutsägbara insatser till personer som i normala fall besöker VGR:s vårdcentraler. Patienterna ansluts inte till kommunal hälso- och sjukvård utifrån att det är tillfälliga insatser.

### **Permission från slutenvården**

Kommunen skall enligt avtal och efter överenskommelse, utföra hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet till patienter på permission från slutenvård, som inte kan ta sig till mottagning. Detta under förutsättning att dialog och nödvändig informationsöverföring skett som stöd för de kommunala insatserna. Patienterna ansluts inte till kommunal hälso- och sjukvård utifrån att det är tillfälliga insatser.

### **Uppföljning av hemsjukvård**

Uppföljning av mål med hemsjukvård samt eventuellt nytillkomna behov görs av legitimerad personal med pågående vårdåtagande. En första uppföljning sker senast efter två månader, därefter sker regelbunden uppföljning minst var sjätte månad eller tidigare vid behov. Uppföljning kan göras i teamet runt patienten och patienten ska vara delaktig. Vid fortsatt anslutning beslutas datum för nästa uppföljning. Uppföljningen journalförs under sökordet *Vårdplanering* i Treserva

### **Utskrivning från hemsjukvård**

När beslut om utskrivning tas, skriver ansvarig legitimerad person en Vårdbegäran till patientens fasta vårdkontakt och patientens val av rehabmottagning. Patienten informeras om vilken vårdgivare som tar över hälso- och sjukvårdsansvaret och kontaktuppgifter dokumenteras i informationsbladet som lämnas till patienten. Som stöd vid utskrivning från hemsjukvården, se [201015 Rutin informationsöverföring IT-tjänst öppenvårdsprocesser \(vgregion.se\)](#)  
Vid behov av stöd kring utskrivningsprocessen, kan hemsjukvårdens planeringsfunktioner kontaktas.