

Överföring av hemsjukvård

- Praktisk anvisning för kommunal hemsjukvård och kommunala hembesök

2013-09-20

Anvisning har tagits fram av en arbetsgrupp bestående av nedanstående personer och godkänts av beredningsgruppen till SocialKola:

Ingeborg Melin, Biträdande förvaltningschef, Timrå kommun

Kerstin Nohrstedt, MAS, Sundsvall kommun

Marina Jones, MAS, Sollefteå kommun

Eva Oscarsson, medicinsk rådgivare i äldresjukvårdsfrågor Landstinget Västernorrland

Eva Sjöström, Vårdutvecklare, Landstinget Västernorrland

Sivert Melin, Distriktssköterska och systemförvaltare Prator, Landstinget Västernorrland

Ann-Christin Gagner-Sjöberg, Distriktssköterska sjukvårdsrådgivning, Landstinget Västernorrland

Henrik Hammarström, Projektledare

Anvisning gäller från och med kommunernas övertagande av hemsjukvård den 3 februari 2014.

Innehållsförteckning

1 SYFTE MED ANVISNING	3
2 DEFINITIONER	3
3 ANSVARFÖRDELNING	3
4 HEMSJUKVÅRD (HEMSJUKVÅRDSBESÖK).....	5
5 HEMBESÖK.....	11
6 OENIGHET	15

1 Syfte med anvisning

Syftet med anvisning är att tydliggöra ansvarsfördelning och arbetsflöde när en patient rör sig mellan slutenvård, primärvård och kommunal hälso-sjukvård och det kan vara aktuellt att genomföra kommunal hemsjukvård (hemsjukvårdsbesök) eller kommunala hembesök. Anvisning riktas företrädesvis till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal hos samtliga vårdgivare och ska ses som en länsgemensam arbetsmodell för bland annat kontakter, informationsöverföring och dokumentation.

Varje enskild kommun och vårdcentral/hälsocentral bör gemensamt vidareutveckla och komplettera anvisning med egna lokala rutiner.

Mer information om innehållet i det avtal om övertagande av hemsjukvård som dessa anvisningar avser att konkretisera finns beskrivet på hemsjukvårdsprojektets hemsida, se www.lvn.se/hemsjukvardsprojektet.

2 Definitioner

Av socialstyrelsens termbank framgår att:

-Hemsjukvård (hemsjukvårdsbesök) avser ”hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden. Åtgärder/insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering.”

- Hembesök (inom hälso- och sjukvård) avser ”öppenvårdsbesök i patientens bostad eller motsvarande. Hembesök hänförs, till skillnad från hemsjukvårdsbesök, inte till hemsjukvård. I den nationella statistiken räknas öppenvårdsbesök, till exempel vid akut sjukdom hos patient som erhåller hemsjukvård, men där orsaken inte omfattas av vård- och omsorgsplanen, som hembesök.”

3 Ansvarsfördelning

Grundprincip (tröskelprincipen)

- Utgångspunkten är att patient ska uppsöka vårdcentralen/hälsocentralen vid behov av hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Landstinget ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser där patient på egen hand, eller med hjälp, kan uppsöka vårdcentralen/hälsocentralen. Om tveksamhet föreligger om patienten måste få hälso- och sjukvårdsinsatsen utförd i hemmet gäller att bedömningen alltid ska utgå från patientens medicinska behov. Förekommer ändå tveksamheter ska eventuell akut situation lösas i samförstånd och därefter genomförs en gemensam vårdplanering som avgör vem som gör vad i det fortsatta arbetet kring det specifika patientärendet.
- Kommun ansvarar för oplanerade och planerade hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs i patientens hem av distriktssköterska/sjuksköterska med annan adekvat specialistutbildning, arbetsterapeut, sjukgymnast och/eller icke legitimerad personal med

delegation. I detta ingår allmän palliativ vård, allmän psykiatrisk vård, allmän habilitering samt allmän somatisk vård och rehabilitering/ hemrehabilitering som tidigare utförts av vårdcentraler. Exempel på vad som ingår i dessa områden beskrivs nedan:

- Allmän palliativ vård i hemmet innefattar exempelvis att följa upp allmänstatus och initiera förändrad läkemedelsordination.
 - Allmän psykiatrisk vård i hemmet innefattar exempelvis observation av status, stöd i samband med läkemedelsbehandling, medicindelning etc.
 - Allmän somatisk vård i hemmet innefattar exempelvis uppföljning av allmänstatus, behandling och uppföljning av sår, etc.
 - Allmän habilitering i hemmet innefattar exempelvis träning av ADL-och förflyttningsförmåga, utprovning, behandling av kontrakturprofylax och uppföljning av individuella hjälpmedel etc.
 - Rehabilitering i hemmet innefattar exempelvis träning av ADL-och förflyttningsförmåga, utprovning, träning och uppföljning av individuella hjälpmedel etc.
- I kommunens ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet ingår ansvar för hemsjukvård (hemsjukvårdsbesök) och hembesök enligt socialstyrelsens nuvarande definitioner.

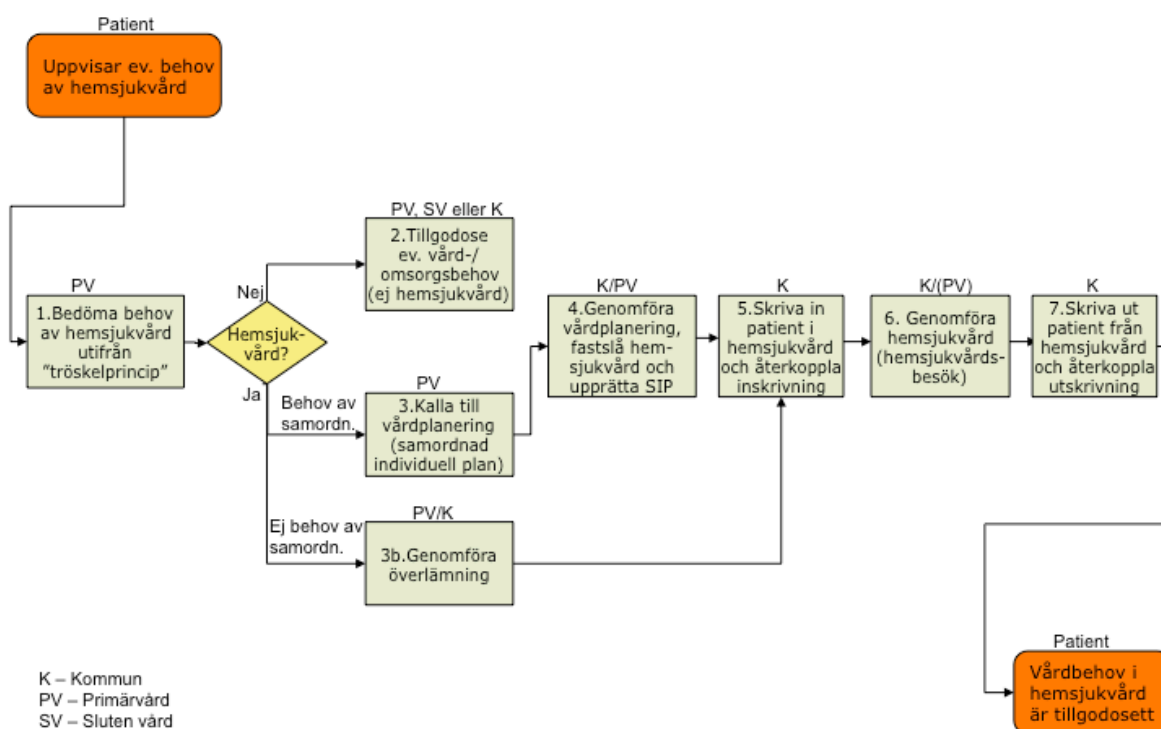
Ålder, diagnos och tid på dygnet

Kommunens ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser i patientens hem gäller hela dygnet samt alla brukare/patienter oavsett ålder och diagnos, med undantag av brukare/patienter upp till 18 år inom barn- och ungdomspsykiatri där landstinget innehar hemsjukvårdsansvar. Därutöver har landstinget även kvar hemsjukvårdsansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser där specialistkompetens krävs. Mer om detta finns beskrivet i avtal om övertagande av hemsjukvård.

4 Hemsjukvård (hemsjukvårdsbesök)

Nedan beskrivs arbetsflöde vid kommunal hemsjukvård (hemsjukvårdsbesök) i form av flödesbeskrivningar vars ingående arbetssteg beskrivs närmare i en underliggande text.

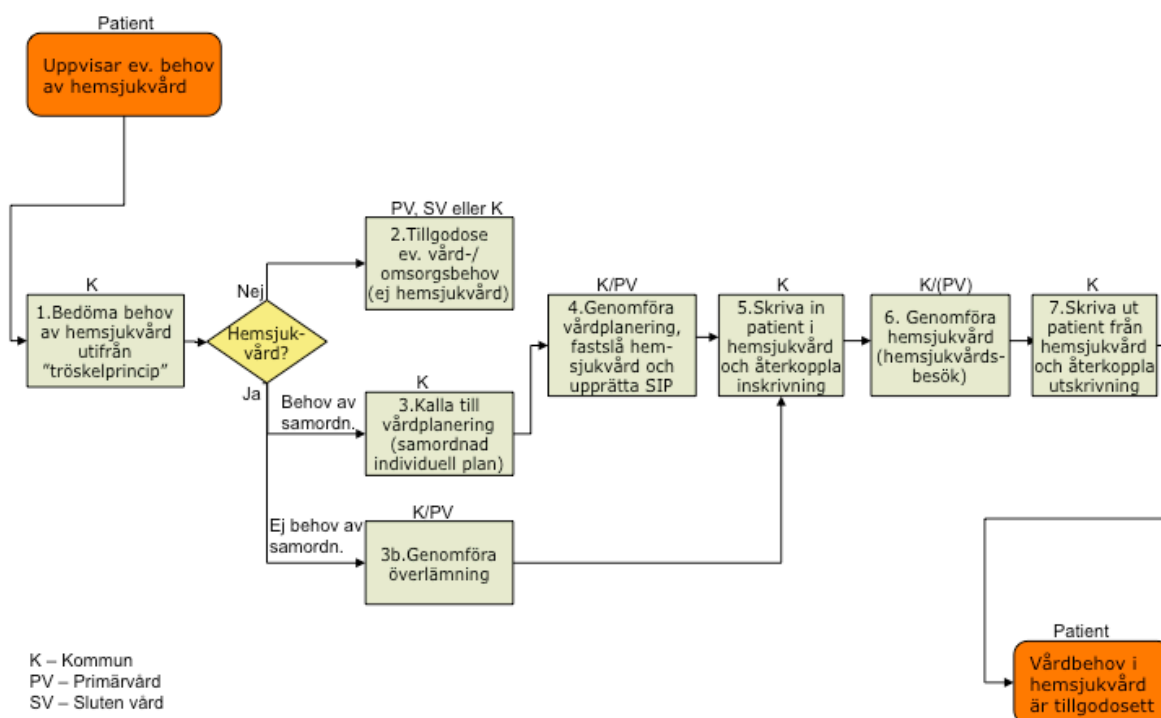
Patient vid hälsocentral



1. Läkare/annan HSL-legitimerad roll vid vårdcentral/hälsocentral bedömer behov av hemsjukvård utifrån tillgänglig patientinformation.
2. Är bedömning av det inte föreligger behov av hemsjukvård tillgodoses patientens eventuella behov av övriga vårdinsatser av vårdcentral/hälsocentral och dokumenteras i IT-systemet System Cross. Alternativt att patienten förmedlas till annan vårdnivå.
3. Om hemsjukvård bedöms vara aktuellt inhämtar vårdcentral/hälsocentral samtycke, om det inte redan finns, från patient om att dela viss patientinformation mellan huvudmän som registreras i IT-systemet System Cross. Därefter kan HSL-legitimerad roll i kommun (distriktssköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast) ta del av viss patientinformation i IT-systemet System Cross via IT-systemet NPÖ (nationell patientöversikt). Finns ett samordningsbehov initierar läkare/annan HSL-legitimerad roll vid vårdcentral/hälsocentral en kallelse till ett vårdplaneringsmöte (telefonmöte eller fysiskt möte) med berörda parter inom kommun och vårdcentral/hälsocentral, samt patient, med syfte att få input till att upprätta innehållet i en samordnad individuell plan (SIP). Kallelse skickas via IT-systemet Prator. Finns inte ett samordningsbehov genomförs en enklare överlämning mellan berörda parter inom kommun och vårdcentral/hälsocentral där kontakt hanteras via telefon eller krypterad e-post samt att hemsjukvård och överlämning dokumenteras i IT-stödet

Procapita/Treserva av kommun och i IT-stödet System Cross av vårdcentral/hälsocentral. Exempel på hemsjukvård där det kan vara tillräckligt med en enklare överlämning, d.v.s. där samordnad individuell plan (SIP) inte behöver upprättas, kan vara enklare omläggningar, stomi, hantering av stödstrumpa och information mellan läkare och distriktssköterska om förmedling och distribution av (till patienten) ordinerade läkemedel.

4. Om kallelse har skickats till vårdplaneringsmöte för att upprätta en samordnad individuell plan (SIP) genomförs ett möte där berörda roller från kommun och vårdcentral/hälsocentral samt patient deltar. Vid möte fastställs hemsjukvård i en samordnad individuell plan. Utfall av vårdplaneringsmöte dokumenteras av vårdcentral/hälsocentral i IT-systemet System Cross och av kommun i IT-systemet Procapita/Treserva. Båda parter bistår även med att dokumentera och upprätta en samordnad individuell plan (SIP) i IT-stödet Prator. En kopia av planen lämnas till patienten.
5. När samordnad individuell plan (SIP) är upprättad i IT-stödet Prator, eller en enklare överlämning har genomförts, skriver berörd HSL-legitimerad roll i kommun in patient i kommunens hemsjukvård i IT-stödet Procapita/Treserva samt meddelar ev. vårdcentral/hälsocentral via krypterad e-post eller telefon om inskrivning. Vårdcentral/hälsocentral dokumenterar i sin tur inskrivning i IT-stödet System Cross.
6. Hemsjukvård genomförs och följs upp utifrån innehåll i samordnad individuell plan (SIP), eller utifrån överenskommelse vid en enklare överlämning. Direktiv i avtal om läkarmedverkan, se separat dokument, är även ett stöd för genomförande och uppföljning av hemsjukvård. Löpande dokumentation sker av kommun i IT-stödet Procapita/Treserva och av vårdcentral/hälsocentral i IT-stödet System Cross samt att samordnad individuell plan (SIP) i IT-stödet Prator kan revideras utifrån behov. HSL-legitimerad roll i kommun kan även ta del av viss patientinformation från IT-systemet System Cross via IT-systemet NPÖ. Löpande kontakter mellan kommun och vårdcentral/hälsocentral hanteras via krypterad e-post, telefon eller extra meddelanden i IT-systemet Prator.
7. När hemsjukvård avslutas skriver berörd HSL-legitimerad roll i kommun ut patient ur kommunens hemsjukvård i IT-systemet Procapita/Treserva samt meddelar ev. detta till vårdcentral/hälsocentral via krypterad e-post eller telefon. Vårdcentral/hälsocentral dokumenterar i sin tur utskrivning i IT-systemet System Cross.

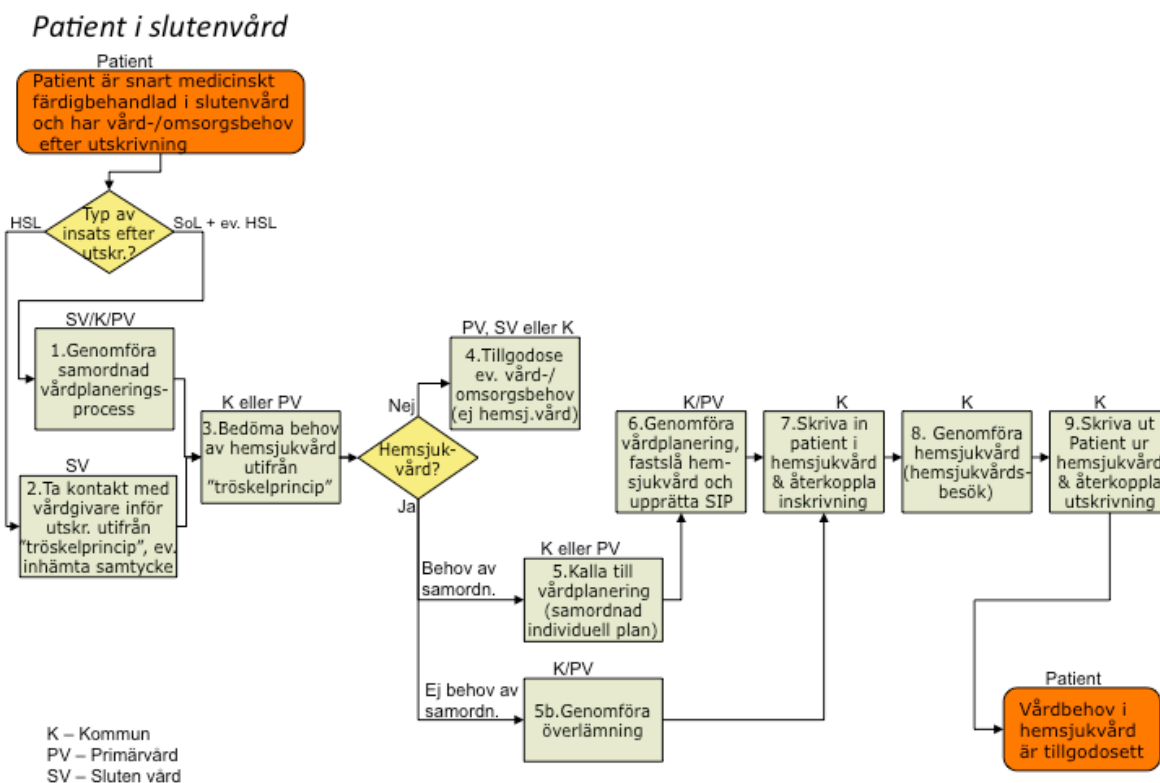
Patient i kommunens vård- och omsorg (ej vid hälsocentral eller slutenvård)

1. Brukarens/patientens eventuella behov av hemsjukvård kan identifieras av olika roller i kommunens vård- och omsorg, t.ex. omvårdnadspersonal etc. Eventuellt behov förmedlas till berörd HSL-legitimerad roll i kommun (distriktsköterska/ arbetsterapeut/sjukgymnast) som bedömer behov av hemsjukvård utifrån tillgänglig patientinformation. HSL-legitimerad roll i kommun kan i detta skede ta del av viss patientinformation i System Cross via IT-systemet NPÖ (nationell patientöversikt) om samtycke att dela patientinformation mellan huvudmän finns inhämtat från patient. Finns inte samtycke inhämtas detta och dokumenteras i relevant IT-system (Kommuner-Procapita/Treserva och vårdcentral/hälsocentral-System Cross). Därefter kan HSL-legitimerad roll i kommun ta del av viss patientinformation från IT-systemet System Cross via IT-systemet NPÖ (nationell patientöversikt). Bedömning av behov av hemsjukvård kan även föregås av hembesök.
2. Är bedömning av det inte föreligger behov av hemsjukvård tillgodoses patientens eventuella behov av övriga vård- och omsorgsinsatser av kommun och dokumenteras i IT-systemet Procapita/Treserva. Alternativt att patienten förmedlas till annan vårdnivå.
3. Om hemsjukvård bedöms vara aktuellt och det finns ett samordningsbehov initierar HSL-legitimerad roll i kommun en kallelse till ett vårdplaneringsmöte (telefonmöte eller fysiskt möte) med berörda parter inom kommun och vårdcentral/hälsocentral, samt patient, med syfte att få input till att upprätta innehållet i en samordnad individuell plan (SIP). Kallelse skickas via IT-systemet Prator. Finns inte ett samordningsbehov genomförs en enklare överlämning mellan berörda parter inom kommun och vårdcentral/hälsocentral där kontakt hanteras via telefon eller krypterad e-post samt att hemsjukvård och överlämning dokumenteras i IT-stödet Procapita/Treserva av kommun och i IT-stödet System Cross av

vårdcentral/hälsocentral. Exempel på hemsjukvård där det kan vara tillräckligt med en enklare överlämning, d.v.s. där samordnad individuell plan (SIP) inte behöver upprättas, kan vara enklare omläggningar, stomi, hantering av stödstrumpa och information mellan läkare och distriktssköterska om förmedling och distribution av (till patienten) ordinerade läkemedel

OBS - Steg 4-7 nedan är samma som steg 4-7 i föregående beskrivning där utgångspunkten är att patient är vid vårdcentral

4. Om kallelse har skickats till vårdplaneringsmöte för att upprätta en samordnad individuell plan (SIP) genomförs ett möte där berörda roller från kommun och vårdcentral/hälsocentral samt patient deltar. Vid möte fastställs hemsjukvård i en samordnad individuell plan. Utfall av vårdplaneringsmöte dokumenteras av vårdcentral/hälsocentral i IT-systemet System Cross och av kommun i IT-systemet Procapita/Treserva. Båda parter bistår även med att dokumentera och upprätta en samordnad individuell plan (SIP) i IT-stödet Prator. En kopia av planen lämnas till patienten.
5. När samordnad individuell plan (SIP) är upprättad i IT-stödet Prator, eller en enklare överlämning har genomförts, skriver berörd HSL-legitimerad roll i kommun in patient i kommunens hemsjukvård i IT-stödet Procapita/Treserva samt meddelar ev. vårdcentral/hälsocentral via krypterad e-post eller telefon om inskrivning. Vårdcentral/hälsocentral dokumenterar i sin tur inskrivning i IT-stödet System Cross.
6. Hemsjukvård genomförs och följs upp utifrån innehåll i samordnad individuell plan (SIP), eller utifrån överenskommelse vid en enklare överlämning. Direktiv i avtal om läkarmedverkan, se separat dokument, är även ett stöd för genomförande och uppföljning av hemsjukvård. Löpande dokumentation sker av kommun i IT-stödet Procapita/Treserva och av vårdcentral/hälsocentral i IT-stödet System Cross samt att samordnad individuell plan (SIP) i IT-stödet Prator kan revideras utifrån behov. HSL-legitimerad roll i kommun kan även ta del av viss patientinformation från IT-systemet System Cross via IT-systemet NPÖ. Löpande kontakter mellan kommun och vårdcentral/hälsocentral hanteras via krypterad e-post, telefon eller extra meddelanden i IT-systemet Prator.
7. När hemsjukvård avslutas skriver berörd HSL-legitimerad roll i kommun ut patient ur kommunens hemsjukvård i IT-systemet Procapita/Treserva samt meddelar ev. detta till vårdcentral/hälsocentral via krypterad e-post eller telefon. Vårdcentral/hälsocentral dokumenterar i sin tur utskrivning i IT-systemet System Cross enligt särskild anvisning.



- Om patient har vård- och omsorgsbehov efter utskrivning som uppfyller kriterier för samordnad vårdplanering genomförs en samordnad vårdplaneringsprocess, vilken bl.a. innefattar att inhämta och registrera samtycke att dela patientinformation mellan huvudmän, kalla till samordnad vårdplanering, genomföra ev. vårdplaneringsmöte, upprätta en gemensam vårdplan och meddela utskrivningsklar med stöd av IT-systemet Prator. I en samordnad vårdplaneringsprocess kan även fastställas att hemsjukvård är aktuellt om berörda roller deltar från kommun.
- Om patient har ett vårdbehov i samband med utskrivning bedömer slutenvård om behov bör tillgodoses av kommun eller vårdcentral/hälsocentral utifrån "tröskelprincip" och ev. redan aktuell hemsjukvård. Om hemsjukvård bedöms vara aktuellt inhämtar slutenvård samtycke från patient om att dela viss patientinformation mellan huvudmän som dokumenteras i IT-systemet System Cross. Kontakt tas sedan med kommun via krypterad e-post eller telefon för att förmedla ev. behov av hemsjukvård. HSL-legitimerad roll i kommun (distriktssköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast) kan även ta del av patientinformation i IT-systemet System Cross via IT-systemet NPÖ (nationell patientöversikt). Om hemsjukvård inte bedöms vara aktuellt förmedlar slutenvård information om fortsatt vårdbehov till vårdcentral/hälsocentral enligt gällande rutiner.
- När patient är utskriven från slutenvård bedömer berörd HSL-legitimerad roll i kommun eller läkare/annan HSL-legitimerad roll vid vårdcentral/hälsocentral behov av hemsjukvård utifrån tillgänglig patientinformation. Kommun kan i detta skede ta del av viss patientinformation i System Cross via IT-systemet NPÖ (nationell patientöversikt) om samtycke att dela patientinformation mellan huvudmän finns inhämtat från patient. Finns inte samtycke inhämtas detta och dokumenteras i relevant IT-system (Kommuner-Procapita/Treserva och vårdcentral/hälsocentral-System

Cross). Därefter kan HSL-legitimerad roll i kommun ta del av viss patientinformation från IT-systemet System Cross via IT-systemet NPÖ (nationell patientöversikt). Bedömning av behov av hemsjukvård kan även föregås av hembesök (kommun) eller mottagningsbesök (vårdcentral/hälsocentral).

4. Är bedömning av det inte föreligger behov av hemsjukvård tillgodoses eventuellt behov av övriga vård- eller omsorgsinsatser av vårdcentral/hälsocentral eller kommun och dokumenteras i relevant IT-system (Kommuner-Procapita/Treserva och vårdcentral/hälsocentral-System Cross).
5. Om hemsjukvård bedöms vara aktuellt och det finns ett samordningsbehov initierar HSL-legitimerad roll i kommun eller läkare/annan HSL-legitimerad roll vid vårdcentral/hälsocentral en kallelse till ett vårdplaneringsmöte (telefonmöte eller fysiskt möte) med berörda parter inom kommun och vårdcentral/hälsocentral, samt patient, med syfte att få input till att upprätta innehållet i en samordnad individuell plan (SIP). Kallelse skickas via IT-systemet Prator. Finns inte ett samordningsbehov genomförs en enklare överlämning mellan berörda parter inom kommun och vårdcentral/hälsocentral där kontakt hanteras via telefon eller krypterad e-post samt att hemsjukvård och överlämning dokumenteras i IT-stödet Procapita/Treserva av kommun och i IT-stödet System Cross av vårdcentral/hälsocentral. Exempel på hemsjukvård där det kan vara tillräckligt med en enklare överlämning, d.v.s. där samordnad individuell plan (SIP) inte behöver upprättas, kan vara enklare omläggningar, stomi, hantering av stödstrumpa och information mellan läkare och distriktssköterska om förmedling och distribution av (till patienten) ordinerade läkemedel.

OBS – Steg 6-9 nedan är samma som steg 4-7 i föregående beskrivning där utgångspunkten är att patient är vid vårdcentral

6. Om kallelse har skickats till vårdplaneringsmöte för att upprätta en samordnad individuell plan (SIP) genomförs ett möte där berörda roller från kommun och vårdcentral/hälsocentral samt patient deltar. Vid möte fastställs hemsjukvård i en samordnad individuell plan. Utfall av vårdplaneringsmöte dokumenteras av vårdcentral/hälsocentral i IT-systemet System Cross och av kommun i IT-systemet Procapita/Treserva. Båda parter bistår även med att dokumentera och upprätta en samordnad individuell plan (SIP) i IT-stödet Prator. En kopia av planen lämnas till patienten.
7. När samordnad individuell plan (SIP) är upprättad i IT-stödet Prator, eller en enklare överlämning har genomförts, skriver berörd HSL-legitimerad roll i kommun in patient i kommunens hemsjukvård i IT-stödet Procapita/Treserva samt meddelar ev. vårdcentral/hälsocentral via krypterad e-post eller telefon om inskrivning. Vårdcentral/hälsocentral dokumenterar i sin tur inskrivning i IT-stödet System Cross.
8. Hemsjukvård genomförs och följs upp utifrån innehåll i samordnad individuell plan (SIP), eller utifrån överenskommelse vid en enklare överlämning. Direktiv i avtal om läkarmedverkan, se separat dokument, är även ett stöd för genomförande och uppföljning av hemsjukvård. Löpande dokumentation sker av kommun i IT-stödet Procapita/Treserva och av vårdcentral/hälsocentral i IT-stödet System Cross samt att samordnad individuell plan (SIP) i IT-stödet Prator kan revideras utifrån behov. HSL-

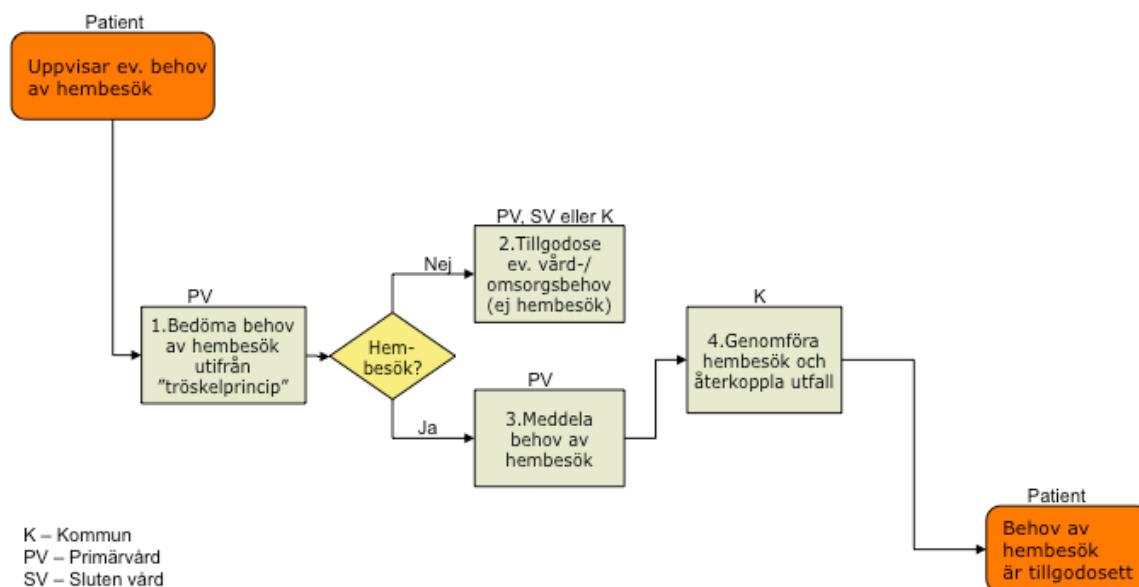
legitimerad roll i kommun kan även ta del av viss patientinformation från IT-systemet System Cross via IT-systemet NPÖ. Löpande kontakter mellan kommun och vårdcentral/hälsocentral hanteras via krypterad e-post, telefon eller extra meddelanden i IT-systemet Prator.

- När hemsjukvård avslutas skriver berörd HSL-legitimerad roll i kommun ut patient ur kommunens hemsjukvård i IT-system Procapita/Treserva samt meddelar ev. detta till vårdcentral/hälsocentral via krypterad e-post eller telefon. Vårdcentral/hälsocentral dokumenterar i sin tur utskrivning i IT-systemet System Cross.

5 Hembesök

Nedan beskrivs arbetsflöden vid kommunala hembesök i form av flödesbeskrivningar där sedan varje arbetssteg beskrivs närmare i en underliggande text.

Patient i kontakt med hälsocentral

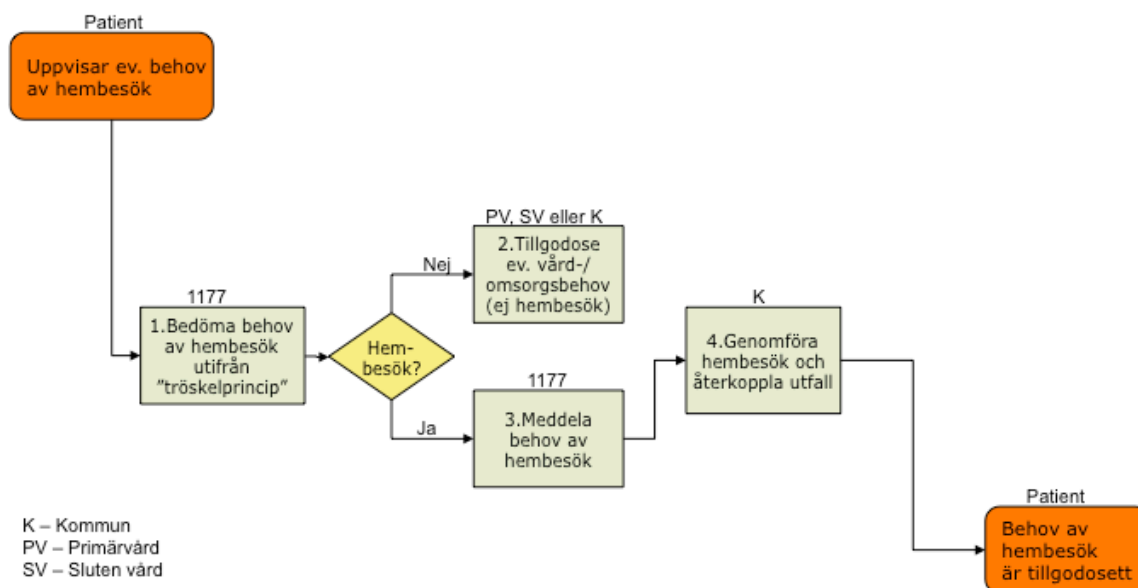


- Läkare/annan HSL-legitimerad roll vid vårdcentral/hälsocentral bedömer behov av hembesök utifrån tillgänglig patientinformation.
- Är bedömning att det inte föreligger behov av hembesök tillgodoses patientens eventuella behov av övriga vårdinsatser av vårdcentral/hälsocentral och dokumenteras i IT-systemet System Cross. Alternativt att patienten förmedlas till annan vårdnivå.
- Om hembesök bedöms vara aktuellt meddelar läkare/annan HSL-legitimerad roll vid vårdcentral/hälsocentral berörd HSL-legitimerad roll i kommun (distriktssköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast) att hembesök behöver genomföras via telefon eller krypterad e-post. Val av kommunikationskanal styrs av om hembesök är av karaktären akut eller planerat. För patienter som är inskrivna i hemsjukvård sker i realiteten endast akuta hembesök utöver planerad hemsjukvård. Bedömning dokumenteras även av vårdcentral/hälsocentral i IT-systemet System Cross.

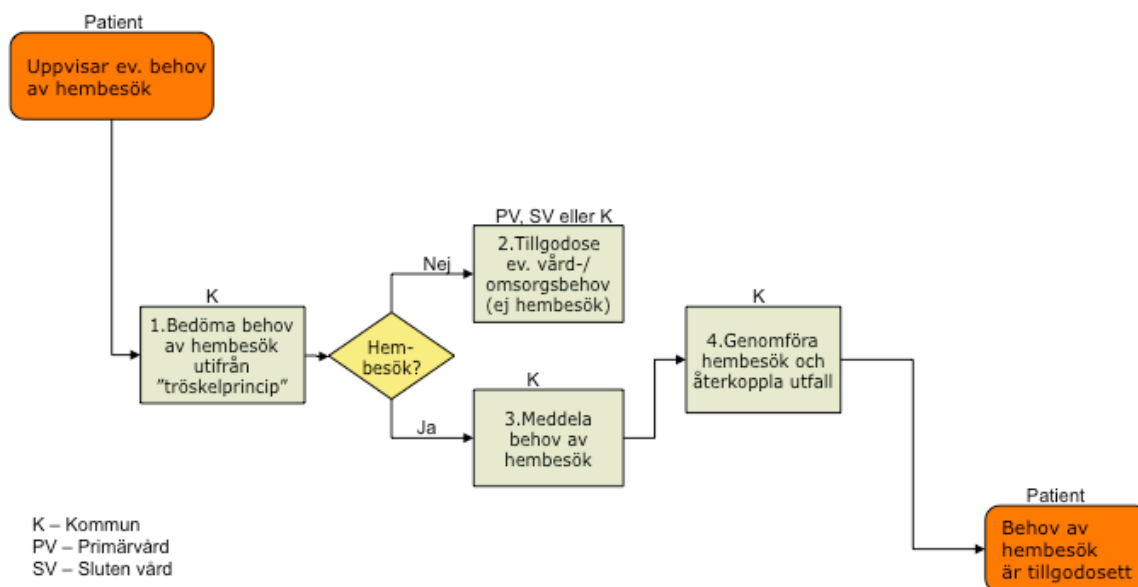
Vårdcentral/hälsocentral kan även inhämta samtycke, om det inte redan finns, från patient om att dela viss patientinformation mellan huvudmän som registreras i IT-systemet System Cross. Därefter kan kommun ta del av viss patientinformation i IT-systemet System Cross via IT-systemet NPÖ (nationell patientöversikt).

4. Berörd HSL-legitimerad roll i kommun genomför hembesök och dokumenterar utfall i IT-systemet Procapita/Treserva. Utfall av hembesök återkopplas ev. även till vårdcentral/hälsocentralen via telefon eller krypterad e-post som i sin tur dokumenterar informationen IT-systemet System Cross. Hembesök kan även leda till att hemsjukvård initieras.

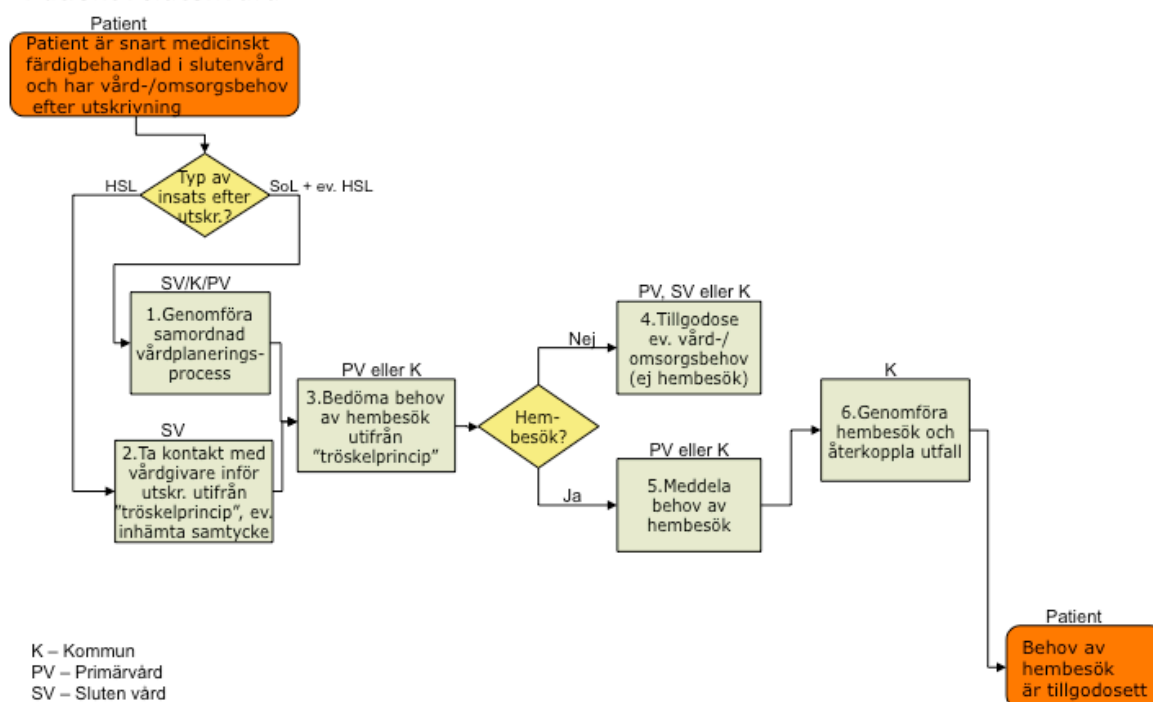
Patient i kontakt med 1177



1. Telefonsjuksköterska inom 1177 bedömer behov av hembesök utifrån symptom.
2. Är bedömning av det inte föreligger behov av hembesök, men det finns behov av andra vårdinsatser hänvisas patient till relevant vårdnivå, exempelvis vårdcentral/hälsocentral eller akutmottagning. Dokumentation sker i IT-systemet RGS 1177.
3. Om hembesök bedöms vara aktuellt tar 1177 kontakt med kommun via telefon och meddelar att hembesök behöver genomföras.
4. Berörd HSL-legitimerad roll i kommun (distriktssköterska/arbetsterapeut/sjuktymnast) genomför hembesök och dokumenterar utfall i IT-systemet Procapita/Treserva. Utfall av hembesök återkopplas ev. även till vårdcentral/hälsocentralen via telefon eller krypterad e-post som i sin tur dokumenterar informationen IT-systemet System Cross. Hembesök kan även leda till att hemsjukvård initieras.

Patient i kommunens vård- och omsorg (ej vid hälsocentral eller slutenvård)

1. När någon roll inom kommunens vård- och omsorg uppmärksammar att en patient har ett ev. behov av hembesök tas en kontakt med berörd HSL-legitimerad roll i kommun (distriktssköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast som bedömer behov av hembesök utifrån tillgänglig patientinformation).
2. Är bedömning av det inte föreligger behov av hembesök tillgodoses patientens eventuella behov av övriga vårdinsatser av kommun alternativt att patienten förmedlas till annan vårdnivå (exempelvis vårdcentral/hälsocentral eller akutmottagning).
3. Om hembesök bedöms vara aktuellt förmedlas uppdraget att genomföra hembesök internt inom kommun till berörd HSL-legitimerad roll. För patienter som är inskrivna i hemsjukvård sker i realiteten endast akuta hembesök utöver planerad hemsjukvård. Kommun kan även inhämta samtycke, om det inte redan finns, från patient om att dela viss patientinformation mellan huvudmän som registreras i IT-systemet System Cross. Därefter kan HSL-legitimerad roll i kommun ta del av viss patientinformation i IT-systemet System Cross via IT-systemet NPÖ (nationell patientöversikt).
4. Berörd HSL-legitimerad roll i kommun genomför hembesök och dokumenterar utfall i IT-systemet Procapita/Treserva. Utfall av hembesök återkopplas även ev. till vårdcentral/hälsocentralen via telefon eller krypterad e-post som i sin tur dokumenterar informationen i IT-systemet System Cross. Hembesök kan även leda till att hemsjukvård initieras.

Patient i slutenvård

1. Om patient har vård- och omsorgsbehov efter utskrivning som uppfyller kriterier för samordnad vårdplanering genomförs en samordnad vårdplaneringsprocess, vilken bl.a. innefattar att inhämta och registrera samtycke att dela patientinformation mellan huvudmän, kalla till samordnad vårdplanering, genomföra ev. vårdplaneringmöte, upprätta en gemensam vårdplan och meddela utskrivningsklar med stöd av IT-systemet Prator. I en samordnad vårdplaneringsprocess kan även fastställas att hembesök är aktuellt om berörda roller deltar från kommun.
2. Om patient har ett vårdbehov i samband med utskrivning bedömer slutenvård om behov bör tillgodoses av kommun eller vårdcentral/hälsocentral utifrån ”tröskelprincip”. Om hembesök bedöms vara aktuellt inhämtar slutenvård samtycke från patient om att dela viss patientinformation mellan huvudmän som dokumenteras i IT-systemet System Cross. Kontakt tas sedan med kommun via krypterad e-post eller telefon för att förmedla ev. behov av hembesök. HSL-legitimerad roll i kommun kan även ta del av patientinformation i IT-systemet System Cross via IT-systemet NPÖ (nationell patientöversikt). Om hembesök inte bedöms vara aktuellt eller det är svårt för SV att bedöma tröskelprincip förmedlar slutenvård information om fortsatt vårdbehov till vårdcentral/hälsocentral (enligt gällande rutiner som inkluderar epikris).
3. När patient är utskriven från slutenvård bedömer berörd HSL-legitimerad roll i kommun (distriktssköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast) eller läkare vid vårdcentral/hälsocentral behov av hembesök utifrån tillgänglig patientinformation. HSL-legitimerad roll i kommun kan i detta skede ta del av viss patientinformation i System Cross via IT-systemet NPÖ (nationell patientöversikt) om samtycke att dela patientinformation mellan huvudmän finns inhämtat från patient. Finns inte samtycke inhämtas detta och dokumenteras i relevant IT-system (Kommuner-Procapita/Treserva och vårdcentral/hälsocentral-System Cross). Därefter kan HSL-legitimerad roll i

kommun ta del av patientinformation från IT-systemet System Cross via IT-systemet NPÖ (nationell patientöversikt).

4. Är bedömning av det inte föreligger behov av hembesök tillgodoses patientens eventuellt behov av övriga vårdinsatser av vårdcentral/hälsocentral och dokumenteras i IT-systemet System Cross eller av kommunen och dokumenteras i IT-systemet Procapita/Treserva. Alternativt att patienten förmedlas till annan vårdnivå.
5. Läkare/annan HSL-legitimerad roll vid vårdcentral/hälsocentral meddelar berörd HSL-legitimerad roll i kommun (distriktssköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast) att hembesök behöver genomföras via telefon eller krypterad e-post alternativt att uppdraget att genomföra hembesök förmedlas intern inom kommunen till berörd HSL-legitimerad roll (distriktssköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast). Val av kommunikationskanal styrs av om hembesök är av karaktären akut eller planerat. För patienter som är inskrivna i hemsjukvård sker i realiteten endast akuta hembesök utöver planerad hemsjukvård. Den part som gör bedömning dokumenterar även detta i adekvat IT-system (Vårdcentral/hälsocentral-System Cross) och kommun-Procapita/Treserva.
6. Berörd HSL-legitimerad roll i kommun (distriktssköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast) genomför hembesök och dokumenterar utfall i IT-systemet Procapita/Treserva. Utfall av hembesök återkopplas ev. även till vårdcentral/hälsocentralen via telefon eller krypterad e-post som i sin tur dokumenterar informationen IT-systemet System Cross. Hembesök kan även leda till att hemsjukvård initieras.

6 Oenighet

Förekommer oenighet om vad som ingår i kommunens ansvar och utförandet av arbetsflödet för kommunal hemsjukvård (hemsjukvårdsbesök) och kommunala hembesök hanteras detta enligt nedanstående ordning.

Med landstinget avses verksamheter där landstinget är huvudman oavsett utförare.

Arbetsmoment	Utförare
Berörda roller i landstingets och kommunens verksamhet löser eventuella akuta situationer i samförstånd och genomför en gemensam vårdplanering som avgör vem som gör vad i det fortsatta arbetet.	Hälso- och sjukvårdspersonal inom landsting och kommuner samt omvårdnadspersonal inom kommuner.
Kan inte berörda roller i landstingets och kommunens verksamhet komma överens om ansvarsfördelning i vårdplaneringen lyfts patientärendet till närmaste chefer som för en dialog med varandra i syfte att enas kring ansvarsfördelning för det fortsatta	Berörd chefsnivå inom landsting och kommun.

arbetet.	
Kan inte berörda chefer i landstingets och kommunens verksamhet komma överens om ansvarsfördelning överlämnas patientärendet till den länsövergripande tolkningsgruppen av den chef (nivå) som tilldelats denna uppgift inom respektive organisation.	Chefsnivå inom landsting och kommuner som tilldelats denna uppgift. Exempelvis chef på vårdcentral/hälsocentral/ vårdcentral och första linjens chef inom kommun.
Tolkningsgruppen ger vägledning i frågor kring ansvarsfördelning som inte kan lösas genom vårdplanering mellan berörda roller och chefer samt står för principiella ställningstaganden inom gällande ansvarsfördelning	Länsövergripande tolkningsgrupp
Kan inte tolkningsgruppen enas om ett utlåtande i ett specifikt ärende, eller om någon av berörda avtalsparter opponerar sig mot tolkningsgruppens bedömning, överlämnas ärendet till beredningsgruppen som kan återföra ärendet till tolkningsgruppen för ny bedömning eller anvisa berörda avtalsparter (landsting och kommun) att genomföra en förhandling med syfte att lösa oenighet.	(Beredningsgruppen till SocialKola) Berörda avtalsparter (landsting/kommun)
Kan inte avtalsparter lösa oenighet genom förhandling begär avtalsparter en gemensam bedömning av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) gällande det ärende som ligger till grund för tvisten.	SKL (Sveriges kommuner och landsting)
Kan inte avtalsparter lösa oenighet med stöd av SKL:s bedömning ska tvisten hänskjutas till svensk allmän domstol för avgörande med tillämpning av svensk rätt.	Svensk allmän domstol