

Checklista för in- och utskrivning i hemsjukvård, via SAMSA

För att kommunens planeringsteam/utsedda beslutsfattare, ska kunna göra en bedömning kring eventuell inskrivning i hemsjukvården behöver vårdbegäran vara fullständigt ifylld. Är den inte fullständig sänds Externt Administrativt meddelande med begäran om vad som behöver kompletteras. Checklistan är ett komplement till "[Rutin för in- och utskrivning i hemsjukvård i Södra Älvsborg](#)"

Samtycke inhämtas från patienten, även NPÖ. Information ges att det är en månadskostnad för hemsjukvård och inte ingår i högkostnadsskyddet. Kommunen har mandat att bedöma inskrivning eller ej. Här följer en checklista vad som ska skrivas under vilken rubrik i Vårdbegäran i SAMSA.

Rubrik i SAMSA	Innehåll i textrutan
Fliken Kontakter	Fyll i aktuella kontaktuppgifter till samtliga vårdkontakter, inklusive fax.
Patientadministration	Fyll i aktuella kontaktuppgifter till patient, närstående, eventuell vistelseadress och Fast vårdkontakt.
Vårdinitiativ	Enligt flervalslista, remitterande hälso- och sjukvårdsproducent.
Boendeform	Enligt flervalslista.
Kommentar till boendeform	Lägg till om patienten har växelvård, korttid, vistas hos t.ex. anhöriga, bor på tredje våning utan hiss, har/har inte trappklättrare, toaletten ligger på andra våningen.
Patienten är inskriven i kommunal hälso-och sjukvård	Rubriken är obligatorisk att fylla i så skriv det som är aktuellt för dagen.
Anhörig/närstående informerad	Kryssa i rutan om anhörig/närstående är informerad.
Orsak till vårdbegäran	Läkemedelsövertag, såromläggning, kateterskötsel, provtagning, träning i hemmet, övrigt. Vid utskrivning från hemsjukvård anges datum.
Frågeställning	Klargör orsak till behov av kommunal hälso- och sjukvård utifrån kriterierna för inskrivning i hemsjukvård enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet Frågeställningens tydlighet är central och mycket viktig för bedömning.
Åtgärd innan ankomst	Medicinska åtgärder som föregått frågan om eventuell inskrivning, såsom, Safe Medication Assessment (SMA), dosettdelning, provat apodos eller påminnelsehjälpmedel, påbörjad demensutredning, omläggning på vårdcentral, brytpunktssamtal, träning på rehabenhet, bedömning av egenvård som hälso- och sjukvård mm.
Patienten har följande insatser	Välj de alternativ som är kända.
Övrig omsorgsinsats	Fylls i om det är känt t.ex. matdistribution, hjälp av anhörig, närstående, granne.
Hälsotillstånd	Diagnoser och aktuella funktionsnedsättningar.
Munhälsa	Fyll i det som är känt alternativt "ej bedömt".
Omvårdnadsinsats	Utförda riskbedömningar avseende undernäring, trycksår, fall samt övriga omvårdnadsinsatser.
Aktivitet och funktion	Fyll i det som är känt. Utgå från det friska och patientens normaltillstånd. Kommentera i fritext och vem/profession som har gjort bedömningen.
Hälso- och sjukvård	Om kontakt finns med annan vårdgivare till exempel specialistmottagning, Vårdval Rehab, mm
Rehabiliteringsinsats	Finns kända pågående rehabiliteringsinsatser, bostadsanpassning, hjälpmedelsutprovning ska detta anges. Hjälpmedelsuppföljning/översyn gjord och när?
Övrigt medsänt	Ange vilka dokument som faxas
Remisshantering	Ej aktuellt vid denna process
Läkemedelshantering	Uppgifter kring läkemedelshantering, t.ex. dosexpedition, dosett. Komplett genomgången läkemedelslista förmedlas.