

PLANERING AV "EGENVÅRD MED HJÄLP"

Ansvarig vårdenhet/vårdgivare:	Avser:
Adress:	Personnummer:
Telefonnummer:	Namn:
Namn:	Adress:
Befattning:	Postadress:
	Ev. hemtjänstutförare:

Jag ger mitt samtycke till att personal som ska hjälpa mig/mitt barn med egenvården och beslutsfattare inom kommun samt ansvariga inom hälso- och sjukvården får utbyta information om frågor som rör egenvården:

Datum: Underskrift:

Följande hälso- och sjukvårdsåtgärd har bedömts som egenvård:

Åtgärden beräknas pågå:

Information och handledning/enkel instruktion behövs av legitimerad personal, till den eller dem som skall utföra egenvården?

- ☐ Nej, den vuxna patienten instruerar själv
☐ Ja (om ja, namn på den som ansvarar för instruktionen, vad som ska instrueras, på vilket sätt och när detta ska ske)

Följande åtgärder ska vidtas om den enskilda drabbas av eller riskerar att drabbas av skada eller sjukdom i samband med egenvården:

Kontakta: Telefon:

Information till rehabpersonal som bedömer behov av stöd till egenvård

För att biståndshandläggaren ska kunna göra en adekvat bedömning av patientens behov och stödets omfattning är det viktigt att intyget fylls i noggrant. Se information nedan.

- Fyll i vilken **eventuell hemtjänstutförare** som är aktuell för patienten.

- Ge patienten **munlig och skriftlig information** om vad stöd till egenvård innebär.
- Inhämta patientens **samtycke** att skicka **egenvårdsintyget** till biståndsenheten.

- Uppge **syfte/mål** med egenvården.
- Beskriv så detaljerat som möjligt vilken **hälso- och sjukvårdsåtgärd** som utgör egenvården. **Hänvisas till bifogad bilaga** (tex. träningsprogrammet), så behöver inte alla detaljer återges i intyget.

- Syfte/mål** med insatsen behöver vara **tydligt formulerat** för att biståndshandläggaren ska kunna bedöma insatsen. Beskriv tex. att insatsen behövs för att patienten ska bibehålla / förbättra / återfå funktion.
- Notera att det inte räcker att endast skriva *träning* eller *träningsprogram* – formulera istället **vilken typ av funktionsbevarande insats** det handlar om och **varför den behövs**.
- Uppge **hur länge det tar för patienten att utföra övningarna (utan förberedelsetid) samt hur ofta** egenvården bör utföras, tex. antal gånger/vecka.

- Ange **hur länge** perioden med stöd till egenvård beräknas pågå.

- Notera att **perioden där stöd till egenvård ges** behöver vara **adekvat i förhållande till patientens status och behov**.
- Tänk på att **stöd till egenvård oftast inte kan beviljas över längre perioder** så som tex. 12 månader.
- Det kan tex. vara lämpligt att **insatsen pågår fram till att du bedömer att målet med egenvårdsinsatsen kan vara uppnått**.

- Ange att **behov av information/instruktion** finns och att denna ska ges (ange på vilket sätt det ska ske) till **hemtjänstpersonalen** vid **gemensamt** hembesök (ange när hembesöket planeras). Hänvisa till bifogad bilaga tex. träningsprogrammet.

- Uppge **lämpliga åtgärder**.
- Ditt namn och telefonnummer** måste uppges eftersom det är du som bedömt insatsen.

VÄND →

Följande ska vidtas om patientens situation förändras:

Åtgärd:

Kontakta:

Telefon:

Bedömning av egenvården följs upp av legitimerad personal (ange hur och när):

Omprövning av bedömningen av egenvården ska göras vid följande (ge gärna exempel på situation/händelse):

Namn på legitimerad yrkesutövare som har ansvar för bedömningen och befattning:

Underskrift: _____

Denna blankett har lämnats/skickats till:

☐ Den enskilde (OBS! Skall bifogas till ansökan om bistånd)

☐ Chef för verksamhet som utför egenvården t ex i förskoleverksamhet/skola eller inom socialtjänstens enheter där nytt biståndsbeslut inte behöver fattas med anledning av detta

Bekräftelse – Härmed bekräftas mottagande av blanketten. Insatser beräknas komma igång (ange datum):

Namn och titel:

Underskrift:

Datum:

Blanketten skickas tillbaka till legitimerad yrkesutövare hos landstingsfinansierad verksamhet. Meddelande kan ske även per telefon.

- Ange **vilka åtgärders som vidtas** om patientens situation förändras – **tydliggör vem som gör vad.**
- **Ange dina kontaktuppgifter.**

- Notera att om patientens situation förändras kan **hemtjänsten** tex. ta beslut om att utesluta någon enstaka övning från träningsprogrammet (men inte avsluta alla övningar) innan de kontaktar primärvårdsrehab.

- Ange **när egenvården planeras att följas upp** och att detta sker vid ett **hembesök.**

- Uppge något exempel gällande **i vilken/vilka situationer** som din bedömning av patientens egenvård kan behöva **omprövas.**

- Kryssa i rutan för att markera att du **lämnat en kopia på ansökan till patienten.**

*Framtagen i samverkan mellan Danderyds kommun,
Måbra Hälsa, Blomsterfonden, Stiftelsen
Äldrecentrum, FOU nu och FoU Nordost*