

## Beslut om att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård enligt lag (2022:1250) om egenvård

Beslut om ordinerad hälso- och sjukvårdsåtgärd kan endast fattas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom sitt ansvarsområde. Beslut gällande läkemedel får endast fattas av hälso- och sjukvårdspersonal med förskrivningsrätt. Beslut ska dokumenteras i journalen.

**Riskbedömning** innehåller bland annat: Har patienten kognitiva förutsättningar för att ansvara för sin egenvård? Finns det risk för att patienten kan skadas i samband med egenvården?

|   |   |
|---|---|
| Namn och giltigt telefonnummer:   | Personnummer:                                     |
| Riskbedömd och beslut fattas av:  | Befattning:                                       |
| Enhet:  | Beslutet gäller fr o m:<br>Beslutet gäller t o m: |
| Vilken/vilka åtgärder kan utföras som egenvård? Beskriv insatsen/insatserna:  |   |
| Har en SIP planerats? Ja [ ] Nej [ ]<br>Om nej, varför inte?  |   |
| Patienten har behov av praktisk hjälp för att utföra egenvården [ ]   |   |
| Vem ansvarar för information/instruktion? Hur ska information/instruktion ges?<br>Patienten själv [ ] Anhörig [ ] Personal:   |   |
| Om patienten har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av skada eller sjukdom, eller om problem uppstår i samband med egenvården vidtas följande akuta åtgärder:       |   |
| Kontakt tas med följande enhet:<br>Telefon: Sök via Regionens växel   |   |
| Hur ska beslutet om egenvård följas upp? När tas beslut om eventuell förlängning och av vem?<br>(Remiss krävs om ansvaret för uppföljning ska överföras till annan vårdgivare). |   |

Beslut skrivs ut i två ex som överlämnas till patient/företrädare. Ett ex skickas av patient till handläggare i kommunen vid ansökan om stöd att utföra egenvård. Ett ex ska finnas hemma hos patienten för att den som utför egenvården ska veta vad som ska utföras och vem som ska kontaktas vid problem/risker.

Underskrift beslutsfattare: \_\_\_\_\_



Tagit del av beslut samt gett medgivande om att information får delas mellan kommunens och regionens primärvård. \_\_\_\_\_ (Ej obligatorisk)

Underskrift av patient/företrädare: \_\_\_\_\_ (Obligatorisk)