

Diarienummer VON-2024-00430-1	Dokumentklass Underlag	Version V2.0	Datum för fastställande: 2023-08-21	Datum för senaste revision: 2024-06-13
Godkänd av Medicinskt ansvarig sjuksköterska. Medicinsk ansvarig rehabilitering			Sakgranskare Ange titel/funktion	
Författare Medicinskt ansvarig sjuksköterska. Medicinsk ansvarig rehabilitering				

# Egenvård - underlag för beslut

## BESLUT OM EGENVÅRD enligt lag 2022:1250

Beslut om egenvård kan tas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. En riskanalys görs och tar hänsyn till personens fysiska, psykiska hälsa och livssituation (miljö och sociala förhållanden).

Dokumentation i journal av bedömning ska innehålla uppgifter som behövs för god och säker vård.

Uppföljning ska ske när uppdraget är slutfört, var tredje månad eller enligt överenskommelse med ansvarig för beslut och/eller uppföljning.

Namn	Personnummer

Delaktiga vid planering (till exempel patient, närstående, föräldrar, personlig assistent eller annan)

Ansvarig för beslut (legitimerad personal)	
Namn	Titel
Verksamhet/enhet	Telefon



### Planeringsunderlag egenvård

**Beskriv åtgärd som bedömts som egenvård**

**Beskriv vem som praktiskt ska utföra åtgärden**

**Beskriv ansvar och genomförande av utbildning och information till den som bedömts utföra egenvården**

**Beskriv ansvar och kontaktvägar om det uppkommer risk, skada eller sjukdom i samband med egenvården**

**Beskriv tidsram och ansvar för uppföljning och eventuell omprövning av egenvården**

# Beslut egenvård

## BESLUT OM EGENVÅRD enligt lag 2022:1250

Beslut om egenvård kan tas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. En riskanalys görs och tar hänsyn till personens fysiska, psykiska hälsa och livssituation (miljö och sociala förhållanden).

Dokumentation i journal av bedömning ska innehålla uppgifter som behövs för god och säker vård.

Uppföljning ska ske när uppdraget är slutfört, var tredje månad eller enligt överenskommelse med ansvarig för beslut och/eller uppföljning.

Namn	Personnummer

Ansvarig för beslut (legitimerad personal)	
Namn	Titel
Verksamhet/enhet	Telefon

Utförare	Uppföljningsansvar	Uppföljningsfrekvens
<input type="radio"/> Patienten själv <input type="radio"/> Närstående <input type="radio"/> Personlig assistent <input type="radio"/> Hemtjänst <input type="radio"/> Annan	<input type="radio"/> Specialistvård/klinik <input type="radio"/> Primärvård <input type="radio"/> Kommunal/HSL/SoL/LSS <input type="radio"/> Personal vid förskola/skola <input type="radio"/> Annan	<input type="radio"/> Behandlingsslut <input type="radio"/> Var tredje månad <input type="radio"/> Annat