



God och nära vård och omsorg

Lokal överenskommelse om samverkan mellan
vård- och omsorgsgivare i Nacka

2024 version 4.0

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	1
I Syfte och mål med samverkan	3
1.1 Syfte.....	3
1.2 Mål	3
2 God och nära vård	3
3 Målgrupp	3
4 Sekretess – samtycke	4
5 Samverkansforum God och nära vård och omsorg	4
5.1 God och nära vård och omsorg på ledningsnivå	4
5.1.1 Samverkansmöten på ledningsnivå.....	4
5.2 God och nära vård och omsorg på lokal nivå	4
5.2.1 Lokala samverkansmöten.....	4
6 Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård	5
6.1 Rutiner vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.....	5
7 Rutin vid inskrivning i slutenvård	6
7.1 Rutin vid inskrivning från ordinärt boende	6
7.2 Rutiner vid in- och utskrivning till ASIH	6
8 Demensvård	7
9 Hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende	7
9.1 Hemsjukvård kväll, natt och helg.....	7
10 Samverkan kring skadeförebyggande arbete	7
10.1 Fall	7
10.1.1 Ansvar och rutiner i ordinärt boende	7
10.2 Nutrition	8
10.2.1 Ansvar och rutiner i ordinärt boende	8
10.3 Trycksår	8

10.3.1	Ansvar och rutiner i ordinärt boende	8
11	Rehabilitering	8
11.1	Primärvårdens ansvar	9
11.1.1	Primärvårdsrehabilitering.....	9
11.1.2	Specialiserad fysioterapi	9
11.1.3	Hjälpmedel	10
11.1.4	Logoped.....	10
11.1.5	Information och handledning	10
11.2	Rehabilitering av patienter inskrivna i ASIH	10
11.3	Utbildning och handledning	10
12	Geriatriskens ansvar	10
13	Bostadsanpassning	11
14	Syn- och hörselkonsulent	11
15	SIP – samordnad individuell plan	11
15.1	SIP i samband med utskrivning från slutenvården (2018). ..	11
15.2	SIP enligt HSL och socialtjänstlagen (2010)	11
16	Vård i livets slutskede och palliativ vård	12
17	Egenvård	12
18	Munhälsa och tandvård	13
18.1	Uppsökande verksamhet	13
19	Hygienfrågor.....	14
20	Klagomål och synpunkter	14
20.1	Patientavvikelser.....	14
21	Överenskommelsen giltighet	15

I Syfte och mål med samverkan

Det övergripande målet med samverkan mellan regionen och kommunen är att den enskilde ska få en god, sömlös och personcentrerad vård och omsorg, samt att befolkningens hälsa ska förbättras. Det ska ske på ett samordnat, jämlikt och kostnadseffektivt sätt för invånarna i Nacka kommun.

I.1 Syfte

Syftet med överenskommelsen och vårdssamverkan är att underlätta och upprätthålla en sammanhållen vård, rehabilitering och omsorg för personer över 65 år i Nacka med omfattande behov av insatser från region och kommun.

I.2 Mål

Målet för vårdssamverkan är att ge en trygg, säker, väl sammanhållen och kvalitativ vård och omsorg oavsett vilken huvudman eller vilken verksamhet som ansvarar för vården och omsorgen.

- Vårdssamverkan ska utvecklas så att kunden/patienten får vård, omsorg och rehabilitering utifrån sina behov i sin hemmiljö så länge som möjligt förutsatt att vård på sjukhus inte är nödvändig av medicinska skäl.
- Vårdssamverkan mellan och inom huvudmännen ska organiseras så att vårdtiderna vid akutsjukhus och geriatriska kliniker blir så korta som möjligt.
- Samarbetet mellan vård- och omsorgsgivarna ska präglas av god kommunikation, delaktighet och trygghet för kunden/patienten. Det praktiska arbetet ska präglas av etiska reflektioner i dialog med berörda parter.

2 God och nära vård

SKR Sveriges regioner och kommuner beskriver nära vård så här;

"Nära vård är inte en ny organisationsnivå eller en benämning på dagens primärvård, även om primärvården utgör en kärna i den nära vården. Nära vård är snarare ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den närmsta vården är den som patienten/brukaren kan ge sig själv – egenvården – samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta. En mer tillgänglig, närmare vård kan tillsammans med nya arbetssätt i vården innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler. Kärnan i nära vård är ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov och förutsättningar. Det innebär att se, involvera och anpassa insatserna efter vad som är viktigt för just den personen."

Arbetet med god och nära vård inom regionen och kommunen kan på sikt komma att påverka och förändra den lokala överenskommelsen.

3 Målgrupp

Målgruppen är personer över 65 år i ordinärt boende i Nacka kommun med omfattande behov av vård och omsorg från både region och kommun.

4 Sekretess – samtycke

För att kunna erbjuda samverkan måste kunden/patienten ge sitt samtycke för de uppgifter som behövs för samverkansarbetet. Om kunden/patienten inte ger sitt samtycke kan uppgifter inte lämnas ut annat än när sekretessen hävs av annan lagstiftning.

Om samtycke inte kan inhämtas på grund av kunden/patientens tillstånd ska ansvarig läkare/kommunens tjänsteman göra en menprövning med utgångspunkt från närstående/godmans synpunkter. Hur samtycke har inhämtats ska dokumenteras i journal.

5 Samverkansforum God och nära vård och omsorg

5.1 God och nära vård och omsorg på ledningsnivå

Boo vårdcentral är utsedd att vara samordnande vårdcentral i Nacka (GSA, geografiskt samordningsansvar). Det innebär att på strukturell nivå ansvara för samordningen av samverkan mellan vård- och omsorgsgivare som invånarna i kommunen vänder sig till.

Samtliga husläkarmottagningar ska delta i samverkan med vård och omsorgsgivare i området samt delta i de möten som den geografiska samordnande husläkarmottagningen (GSA) kallar till. En gemensam handlingsplan för prioriterade samverkansområden ska årligen tas fram.

Samordningen ska gälla patientgrupper och processer som rör flera vård- och omsorgsgivare och där samverkan förbättrar för patienterna.

5.1.1 Samverkansmöten på ledningsnivå

Var fjärde vecka genomförs möten på ledningsnivå där verksamhetschefer för husläkarmottagningar, hemsjukvård kvällar, nätter och helger, primärvårdsrehab, ASIH, geriatrik samt representanter från Nacka kommun deltar.

Sammanställande är GSA Boo vårdcentral.

5.2 God och nära vård och omsorg på lokal nivå

5.2.1 Lokala samverkansmöten

En till två gånger per termin ska lokala samverkansmöten genomföras med representanter från den basala hemsjukvården, primärvårdsrehab, ASIH, biståndshandläggare och hemtjänstutförare. Möten genomförs inom varje vårdcentralområde indelning enligt nedan.

Indelning;

Vårdcentralsområde 1; Danvikens vårdcentral, Kvarnholmens vårdcentral, Kry vårdcentral
Sickla, Kry vårdcentral Älta, Sickla hälsocenter

Vårdcentralsområde 2; Boo vårdcentral, DoktorTeam, Ektorps vårdcentral, Familjeläkarna i
Saltsjöbaden, Fisksätra vårdcentral, Forums vårdcentral och Nacka
strands vårdcentral

I samverkan ska de involverade aktörerna kontinuerligt arbeta med vardagsfrågor, hitta lösningar på gemensamma problem och tillsammans utveckla samverkan inom olika områden. Teman för möten beslutas i samråd med deltagarna.

Ansvarig för att planera och genomföra de lokala samverkansmötena är KSA, kommunalt samordningsansvarig för den lokala samverkan i Nacka.

6 Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

Den 1 januari 2018 trädde lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i kraft. Den nya lagen ersätter den gamla lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar.

Lagen syftar till att främja god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutet vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården.

Region Stockholm och Storsthlm har kommit överens om en ny långsiktig överenskommelse som reglerar hur vi regionalt ska arbeta utifrån den nya lagen. Enligt överenskommelsen är man överens om följande övergripande målformuleringar;

- Ingen ska behöva vara på sjukhus när hen inte behöver det
- Den som behöver ska få sjukhusvård så länge hen behöver det
- Region och kommun samordnar insatser på alla nivåer med den enskilde i fokus

Effektmål som ska uppnås;

- Den enskilde ska kunna lämna slutenvården när den behandlande läkaren bedömt att den enskilde är utskrivningsklar
- Utskrivningsprocessen ska upplevas som trygg och samordnad för den enskilde
- Alla involverade aktörer ska samverka effektivt och patientsäkert utifrån den enskildes behov

6.1 Rutiner vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

Utskrivning från slutet hälso- och sjukvård ska ske enligt gemensam riktlinje och rutin för samverkan vid utskrivning från somatisk slutenvård.

https://www.storsthlm.se/media/rq5is5ys/gemensam-riktlinje-f%C3%B6r-samverkan-vid-utskrivning-fr%C3%A5n-sluten-h%C3%A4lso-och-sjukv%C3%A5rd_tillg.pdf

<https://www.storsthlm.se/media/0tnb4zs3/gemensam-rutin-f%C3%B6r-samverkan-vid-utskrivning-fr%C3%A5n-somatisk-slutenv%C3%A5rd-lus.pdf>

7 Rutin vid inskrivning i slutenvård

7.1 Rutin vid inskrivning från ordinärt boende

Vid behov av akutsjukvård kan kund/patient, närstående, vårdcentralen, primärvårdsrehab eller hemtjänst initiera att kund/patient skickas in till sjukhus.

Hemtjänstanordnaren ansvarar för att kontakta ansvarig distriktsläkare eller distriktssköterska om kund/patient är inskriven i hemsjukvård för bedömning om kunden/patienten ska skickas in till sjukhus. Hemtjänstanordnaren ska därför ha ett direkttelefonnummer till aktuell vårdcentral.

Om kontakt med ansvarig distriktsläkare eller distriktssköterska inte är möjlig ska hemtjänstanordnaren kontakta 1177 Vårdguiden på telefonnummer 08 – 437 37 225.

Om kunden/patienten är inskriven i den avancerade hemsjukvården, ASIH, ska de kontaktas för bedömning.

Om tillståndet kräver snabba akuta åtgärder skickas kunden/patienten till akutmottagningen utan föregående kontakt. Den som skickar in kunden/patienten meddelar då i efterhand berörda vårdgivare. Den som skickar in kunden/patienten ansvarar att efter samtycke informera anhöriga/närstående.

Hemtjänstanordnaren ansvarar för att följande information skickas med till sjukhuset;

- Personuppgifter
- Uppgifter om närstående
- Namn och kontaktuppgifter till hemtjänstutföraren
- Namn och telefonnummer till den som skickat in kunden/patienten
- Aktuell läkemedelslista/dosrecept
- En kort redogörelse för vad som hänt

7.2 Rutiner vid in- och utskrivning till ASIH – Avancerad sjukvård i hemmet

Vid inskrivning

- Ansvarig distriktsläkare eller distriktssköterska meddelas via konsultationsremiss via gemensamt journalsystem, undantagsfall via fax.
- Om beslut om hemtjänst finns meddelas biståndshandläggare inom kommunen från inliggande avdelning innan patienten skrivs in i ASIH, via LifeCare SP.
- SIP ska vid behov genomföras med patienten/anhörig, personal från ASIH, primärvården och hemtjänstutföraren. Det är sjuksköterskan där kunden/patienten befinner sig som har ansvar för att sammankalla till SIP.

Vid utskrivning

- ASIH meddelar primärvården via konsultationsremiss att patienten skrivs ut, är det så att basala hemsjukvården tar vid skrivs en remiss för att säkerställa att de tar vid.
- Läkare och sjuksköterskeepikris kan läsas i TakeCare.
-

Trygghetskvitto – Utskrivningsinformation

Information om kundens/patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst ska senast samma dag som kunden/patienten skrivs ut föras över från ASIH till de enheter som är ansvariga för fortsatta insatser. Informationen ska i första hand överföras via LifeCare SP.

8 Demensvård

Samverkan skall ske enligt ”Lokala demensriktlinjer – utredning, vård och omsorg om personer med demenssjukdom”. Nuvarande riktlinje är under revision utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf>

9 Hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende

Primärvården ansvarar för att utföra den basala hemsjukvården i ordinärt boende.

Basal hemsjukvård definieras som hälso- och sjukvård som ges i patientens hem. Hälso- och sjukvårdsinsatser som ingår i basal hemsjukvård ska utföras av distriktssköterska, sjuksköterska, undersköterska eller läkare.

Patienten ska på grund av medicinska skäl eller funktionshinder ha behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som ska vara varaktiga och beräknas kvarstå under minst 14 dagar. Patienten ska dessutom ha behov av minst två insatser i hemmet per kalendermånad.

Samverkan ska ske kontinuerligt i det dagliga arbetet och för detta krävs gemensam planering. Förutom hemtjänst- och hälso- och sjukvårdspersonal kan även andra yrkesgrupper involveras som till exempel arbetsterapeut, fysioterapeut, dietist, logoped och kurator. Ovanstående hälso- och sjukvårdspersonal har ansvar för att vid behov kontakta hemtjänstanordnaren med syfte att samplanera arbetet och informera om förändringar.

Hemtjänstanordnaren ansvarar för att rapportera förändringar i hälsotillståndet till ansvarig distriktssköterska om kunden är inskriven i hemsjukvården.

9.1 Hemsjukvård kväll, natt och helg

Vara Vård har uppdraget att utföra hemsjukvårdsinsatser under all tid då ordinarie vårdcentral är stängd. Kontaktuppgifter till Vara Vårds hemsjukvård: 08-720 00 32, samordnare@varav.se eller via 1177. Uppdragen kommer från vårdcentralerna eller i form av larm från Vårdguiden 1177. Alla hembesök utförs av undersköterska eller sjuksköterska som arbetar i gemensamt team.

10 Samverkan kring skadeförebyggande arbete

Fall, undernäring och trycksår är problem som drabbar många inom vård och omsorg. De tre områdena har stark koppling till varandra. Samtliga personer inom en vårdverksamhet, oavsett huvudman, ska riskbedömas.

10.1 Fall

10.1.1 Ansvar och rutiner i ordinärt boende

Respektive hemtjänstanordnare ansvarar för att medarbetarna har tillräcklig kompetens när det gäller fallförebyggande insatser. Biståndshandläggare och anhörigkonsulent med ansvar för

förebyggande hembesök ska ha kunskap om området, uppmärksamma fallrisk och göra bedömningar i samband med hembesök.

Hemtjänstutförare ansvarar för att rapportera inträffade fall till den vårdcentral där kunden är listad måndag – fredag dagtid och till Vara Vård övrig tid, tel 08-720 00 32. Fall ska rapporteras skyndsamt via ett telefonsamtal till vårdcentral/Vara Vård. En fallrapport ska även fyllas i och skickas till den vårdcentral där kunden är listad.

[fallrapport-ordinart-boende.docx \(live.com\)](#)

Riskbedömningar genomförs inom den basala hemsjukvården. Primärvården ansvarar för att ta emot fallrapporter för åtgärd, uppföljning och vidarebefordran till primärvårdsrehab.

Primärvårdsrehab ansvarar för hemrehabilitering, handledning i vardagsrehabilitering till hemtjänstpersonal samt åtgärdar fallrapporter som kommer från primärvården.

10.2 Nutrition

10.2.1 Ansvar och rutiner i ordinärt boende

Primärvården ansvarar för att identifiera och utreda kunder/patienter som löper risk för eller redan lider av undernäring. Utredningen ger underlag för att planera och besluta om nutritionsbehandling och för att förslå stödjande åtgärder. Arbetsterapeut från primärvårdsrehab kan vara behjälplig vid till exempel utprovning av hjälpmedel. Kunder/patienter kan remitteras till dietist inom primärvårdsrehab för individuell kostbehandling.

Även logopedinsats kan vara aktuell i samband med risk för undernäring i samband med sväljningssvårigheter. Läkaremiss krävs för logopedinsats.

Stöd i samband med mat- och måltidssituation ansöks om hos biståndshandläggare.

Hemtjänstutföraren ansvarar för att till distriktssköterskan rapportera problem i samband med mat och måltider.

10.3 Trycksår

10.3.1 Ansvar och rutiner i ordinärt boende

Distriktssköterskan leder omvårdnadsarbetet och ordinerar förebyggande åtgärder vid identifierade trycksårrisker samt instruerar övrig personal om vad som ska genomföras.

Primärvården ansvarar för att arbetsterapeut, fysioterapeut och/eller dietist vid behov kontaktas.

Hemtjänstpersonal ansvarar för att rapportera förändringar i kundens tillstånd till ansvarig distriktssköterska.

11 Rehabilitering

Ett rehabiliterande förhållningssätt är den gemensamma nämnaren i alla verksamheter. Den enskilde patienten/kunden erbjuds rehabilitering för att så långt det är möjligt uppnå självständighet.

Kommunen och regionen har ett nära samarbete genom samordnad vård, omsorg, rehabilitering och informationsöverföring.

11.1 Primärvårdens ansvar

11.1.1 Primärvårdsrehabilitering

Primärvårdsrehabilitering är förstahandsvalet då behov av rehabilitering finns hos den enskilde. Verksamheten omfattar akuta och planerade rehabiliteringsinsatser i öppenvård på mottagning och i hemmet.

Basuppdraget ska utföras av legitimerad arbetsterapeut, legitimerad dietist och legitimerad fysioterapeut.

För patient med behov av samordnad rehabiliteringsinsats ska vårdgivaren verka för att rehabiliteringsprocessen sker samordnat med patientens övriga behandling eller stöd.

Syftet med insatserna är att förbättra patientens aktivitets- och funktionsförmåga med målsättningen att återvinna eller bibehålla bästa möjliga funktion och tidigt åtgärda försämring av funktionstillstånd, samt skapa goda villkor för ett självständigt liv med aktivt deltagande i samhällslivet.

Vårdgivaren ska arbeta utifrån ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv.

Målgruppen omfattar inte patienter som bor i särskilda boendeformer för äldre.

I basuppdraget ingår att vårdgivaren bland annat ska:

- undersöka, bedöma, diagnostisera, behandla, följa upp och utvärdera insatser
- upprätta individuell rehabiliteringsplan
- erbjuda enstaka behandlingsinsats i hemmet
- erbjuda hemrehabilitering

Hemrehabilitering tillämpas då patienten bedöms ha bättre möjlighet att uppnå rehabiliteringsmålen genom insats i det ordinarie boendet än på mottagningen.

Bedömningen ska utföras gemensamt av ett team bestående av flera professioner inom verksamheten. Teamet ska upprätta en plan för rehabiliteringsinsatserna som därefter utförs av en eller flera professioner inom teamet.

- erbjuda behandling på mottagning, individuellt eller i grupp
- informera och instruera närstående och vårdare i ett rehabiliterande förhållningssätt kring den enskilde patienten
- förebygga, utreda, bedöma, behandla och utvärdera kost- och nutritionsrelaterade problem, symptom och sjukdomar för enskilda individer
- förskriva nutritionsstöd
- ansöka om landstingsbidrag för näringspreparat till enskilda patienter
- initiera och medverka till ansökan om bostadsanpassningsbidrag för enskilda patienter
- bedöma hjälpmedelsbehov

11.1.2 Specialiserad fysioterapi

Uppdraget omfattar akuta och planerade sjukgymnastiska/fysioterapeutiska rehabiliteringsinsatser med specialiserad inriktning inom olika områden bland annat smärta, mentalhälsa och neurologi.

11.1.3 Hjälpmedel

Arbetsterapeut och/eller fysioterapeut provar ut och ordinerar tekniska hjälpmedel både på mottagningen och i hemmet.

11.1.4 Logoped

Personer i eget boende/SÄBO kan få logopedbehandling i hemmet/SÄBO eller på mottagning, läkarremiss krävs.

11.1.5 Information och handledning

Information och handledning ska ges hemtjänstpersonal och närstående om patientens sjukdomsbild och symtom, tekniska hjälpmedel och förflyttningsteknik i rehabiliterande syfte.

11.2 Rehabilitering av patienter inskrivna i ASIH

ASIH ansvarar för den avancerade hemrehabiliteringen för inskrivna patienter.

11.3 Utbildning och handledning

Respektive anordnare inom hemtjänst har som arbetsgivare ansvar för utbildning och handledning av personal när det gäller rehabiliterande förhållningssätt, hjälpmedel och förflyttningsteknik.

12 Geriatrikens ansvar

Capio Geriatriken Nacka ansvarar för inläggande patienters rehabilitering på sjukhuset till dess att annan vårdnivå kan tillgodose patientens/kundens behov av rehabilitering.

Träning sker utifrån en individuell målinriktad rehabiliteringsplan. Funktionsstatus – och aktivitetsförmåga dokumenteras i gemensamt överrapporteringsystem (LifeCare SP).

Arbetsterapeut och fysioterapeut bedömer och inventerar patientens behov av hjälpmedel. De ansvarar för att beställa, prova ut och förskriva de bashjälpmedel som krävs för att patienten skall klara sin personliga ADL och förflyttningar vid utskrivning till eget boende och första dygnet hemma.

Vid utskrivning där patient är i behov av fortsatt träning, uppföljning av hjälpmedel, fallprevention eller bostadsanpassning skrivs remiss till primärvårdsrehabilitering.

Behov av hembesök bedöms av arbetsterapeut och fysioterapeut i samråd med patienten, exempelvis då det framkommer oklarheter gällande framkomlighet i bostaden.

Vid eventuellt behov av bostadsanpassning kan intyg om bostadsanpassningsbidrag skivas av arbetsterapeut. I samråd med primärvårdsrehab bedöms vem som initierar bostadsanpassning och skriver intyg.

I3 Bostadsanpassning

Kund/patient påkallar ett behov av bostadsanpassning. Kund/patient kontaktar arbetsterapeut som gör en bedömning i hemmet och utfärdar ett intyg som skickas till sökanden. Kund/patient ansöker om bostadsanpassningsbidrag hos kommunen och bifogar intyget med sin ansökan. Kommunens handläggare utreder och beslutar om bidrag. Vid dolda funktionsnedsättningar som neuropsykiatriska sjukdomar, allergi, överkänslighet, invärtesmedicinsk sjukdom ska detta även styrkas med läkarintyg.

I4 Syn- och hörselkonsulent

Syn- och hörselkonsulenten (heminstruktör) arbetar för att öka tryggheten och säkerheten för personer med syn- och/eller hörselskada.

Uppdrag;

- Telefonrådgivning och hembesök vid behov.
- Skötselråd och träning av syn-och hörselhjälpmedel.
- Kartlägger faror, ser över ljudmiljö och belysning och ökar kontraster mellan färger för att kunna urskilja föremål.
- Information om kurser, föreningar och vad kommunen och myndigheter kan ge för stöd.
- Information och utbildning till närstående, och personal inom hemtjänst och äldreomsorg.
- Syn- och hörselanpassningar på telefon, dator och surfplatta.

Syn- och hörselkonsulenten nås på telefonnummer 070-431 84 83.

I5 SIP – samordnad individuell plan

15.1 SIP i samband med utskrivning från slutenvården (2018)

Syftet med planeringen är att säkerställa trygghet och säkerhet för kunden/patienten genom att upprätta en individuell plan där ansvarsfördelningen mellan kommun och region fastställs. Planering ska alltid genomföras för kunder/patienter där det finns behov av nya eller fortsatta insatser efter slutenvården. Planeringen ska ske i samverkan mellan berörda enheter inom kommun och region tillsammans med kund/patient och om möjligt dennes närstående. Ansvarig att kalla till SIP är kunden/patientens fasta vårdkontakt och kan ske i slutenvård eller i hemmet efter utskrivning.

Kallelse till SIP ska ske i LifeCare SP. Biståndshandläggare kallar vid behov hemtjänstanordnare.

15.2 SIP enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen (2010)

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska

ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen

En SIP kan initieras av den enskilde, dennes närstående eller den verksamhet som ser ett behov av samordning av den enskildes insatser. Om en SIP initieras av biståndshandläggare eller hemtjänstanordnare ansvarar biståndshandläggaren att kalla till och leda mötet. Om en SIP initieras av någon inom regionens verksamheter ansvarar den fasta vårdkontakten att kalla till och leda mötet. Om en SIP initieras av den enskilde eller dennes närstående ansvarar den verksamhet som fått vetskap om behovet att kalla till och leda SIP mötet.

16 Vård i livets slutskede och palliativ vård

Inför vård i livets slutskede är det särskilt viktigt att hemtjänst och regionens sjukvårdsresurser samordnas optimalt enligt den enskildes behov och/eller närståendes önskemål. Det är viktigt att uppnå gemensamma mål som omfattar arbetssätt, bemötande, service, fysiska, sociala, psykologiska och existentiella aspekter.

Samordningen inleds med en samordnad individuell planering – SIP - som kan äga rum på sjukhuset eller i hemmet. Vid mötet kan hemtjänstutföraren, biståndshandläggaren, representanter från primärvården, ASIH och slutenvården, den enskilde och närstående delta. Det är distriktssköterskan eller sjuksköterskan där den enskilde befinner sig som ansvarar för att en SIP genomförs. En kontinuerlig uppföljning av vård- och omsorgsbehovet ska ske under vårdtiden. All berörd personal ska ha kännedom om vårdplanen. Samverkan innefattar även ömsesidigt stöd, utbildning och handledning. Efter vårdtidens slut bör en utvärdering ske där berörd personal deltar.

17 Egenvård

Egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården inom sitt ansvarsområde har bedömt att en individ själv kan ansvara för och utföra, med eller utan praktisk hjälp.

En hälso- och sjukvårdsåtgärd som har bedömts som egenvård räknas inte som hälso- och sjukvård och omfattas inte av hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

En individuell bedömning av personens förmåga att utföra en hälso- och sjukvårdsinsats som egenvård ska bedömas av läkare eller annan legitimerad yrkesutövare vid utskrivning från slutenvård. Om bedömningen inte går att göra vid utskrivningstillfället kan beslut om egenvård fattas av legitimerad personal, exempelvis sjuksköterska i primärvården. Det är inte diagnosen som är avgörande för beslut om egenvård kan fattas utan individens kognitiva förmåga att förstå åtgärdens syfte och hur den ska utföras.

Gränsen för vad som är egenvård och vad som är hälso- och sjukvård kan inte anges generellt utan är beroende av omständigheterna i varje enskild situation. Det är den behandlande legitimerade utövaren som gör bedömningen.

Kund/patient som fått ett egenvårdintyg utfärdat ansöker om hemtjänstinsatsen ”egenvård” för att få praktisk hjälp att utföra egenvården.

[Samverkan när enskilda/ patienter behöver praktisk hjälp med egenvård - Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län \(storsthlm.se\)](#)

18 Munhälsa och tandvård

18.1 Uppsökande verksamhet

För att främja och utveckla samarbetet kring de årliga munhälsobedömningarna finns en överenskommelse mellan HS-förvaltningen, Tandvårdsenheten och Nacka kommun. För att utföra den uppsökande verksamheten har Tandvårdsenheten upphandlat ett antal tandvårdsföretag. I den uppsökande verksamheten ingår:

- Skriftlig erbjudande om avgiftsfri, årlig munhälsobedömning till vissa äldre och/eller funktionshindrade
- Munhälsobedömning på hemmet
- Individuell rådgivning och instruktion om daglig munvård till individen, omvårdnadspersonal och/eller anhörig i samband med munhälsobedömning.
- Erbjudande om nödvändig tandvård vid behov.
- Utbildning i munvård och dess betydelse för mun och allmänhälsan till berörd personal en gång per år.

Uppsökande verksamhet innebär att äldre och/eller funktionshindrade som har ett varaktigt och omfattande behov av vård och omsorg ska erbjudas en avgiftsfri munhälsobedömning varje år. Med varaktigt och omfattande vårdbehov menas personlig omvårdnad under större delen av dygnet, minst 3 ggr/dygn samt tillsyn under natten och att behovet förväntas kvarstå minst ett år. Detta gäller oavsett vem som genomför omvårdnaden.

Regionens Tandvårdsenhet ansvarar för att finansiera, anvisa vårdgivare, informera, vidta åtgärder om verksamheten inte fungerar, tillhandahålla munvårdskort, återrapporera resultat och förmedla kontakter.

Kommunen ansvarar för att kartlägga vilka som är berättigade, förmedla ”Munhälsobedömning - ett erbjudande”, redovisa vilka som tackat ”ja” och antal som tackat ”nej”, samt utfärda tandvårdsstödsintyg.

I samband med munhälsobedömningen kan hemtjänstanordnare i ordinärt boende finnas med.

Omvårdnadspersonal ska delta i munvårdsutbildning, ge stöd och hjälp till de som har individuella behov av daglig munvård, boka tid och se till att de som behöver kommer till tandvården.

<https://www.storsthlm.se/media/vxiiiznir/upps%C3%B6kande-verksamhet-munh%C3%A4lsobed%C3%B6mning-och-munv%C3%A5rdsutbildning-och-n%C3%B6dv%C3%A4ndig-tandv%C3%A5rd-%C3%B6verenskommelse.pdf>

19 Hygienfrågor

I smittskyddslagen finns tydliga anvisningar om skyldighet att förebygga smittsam sjukdom, där fastställs också att var och en genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder ska medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar.

De riktlinjer och handlingsprogram som utarbetats av Vårdhygien Stockholm och Smittskydd Stockholm ska följas inom hälso- och sjukvård och inom kommunal äldreomsorg.

[Basala hygienrutiner.pdf | Vårdgivarguiden \(vardgivarguiden.se\)](#)

20 Klagomål och synpunkter

Enligt SOSFS 2011:9, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från;

1. Vård- och omsorgstagare och deras närstående
2. Personal
3. Vårdgivare
4. De som bedriver socialtjänst
5. De som bedriver verksamhet enligt LSS
6. Myndigheter
7. Föreningar, andra organisationer och intressenter

I första hand ska klagomål och synpunkter tas upp med verksamhetsansvarig för respektive verksamhet.

Till Nacka kommun framförs klagomål och synpunkter via ett webbformulär på kommunens hemsida: [Felanmälan, frågor och synpunkter | Nacka kommun](#)

Man kan även lämna synpunkter på följande sätt:

- Skicka e-post till info@nacka.se
- Skicka SMS 716 80
- Ringa 08-718 80 00
- Besöka något av kommunens bibliotek
- Skriftligt till Nacka kommun, 131 81 Nacka.

Den som lämnat synpunkter och klagomål ska få kunskap om hur socialtjänsten kommer att behandla ärendet inom 10 dagar. Detta sker genom brev eller telefonsamtal.

20.1 Patientavvikelser

Patientavvikelser utifrån gemensam regional rutin inom ramen för lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård hanteras på flera olika sätt;

Patientspecifika avvikelser som är avgränsade till enskilda patientfall rapporteras enligt etablerade rutin i respektive verksamhet.

Hemtjänstanordnare rapporterar avvikelser till den vårdcentral där kunden är listad.

Återkommande avvikelser som är kopplade till samverkan eller andra systemiska fel kan rapporteras in till en funktionsbrevlåda på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

samverkanutskrivning.hsf@sl.se

Storsthlm har ett särskilt elektroniskt formulär där kommunerna kan rapportera in avvikelser.

<http://bit.ly/inrapporteringstorsthlm>

Till Region Stockholm kan klagomål och synpunkter framföras till kontaktperson på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Avd. för Närsjukvård, Box 6909, 102 39 Stockholm eller till

registrator.hsf@regionstockholm.se.

21 Överenskommelsen giltighet

Överenskommelsen gäller tills vidare. Överenskommelsen ska följas upp en gång per år och revideras om förhållanden ändrats.

Nacka 2024

Johanna Pelttari, verksamhetschef
Capio Geriatrik Nacka

Maria Ahlmark, verksamhetschef
Boo vårdcentral

Anna Stenström, verksamhetschef
Danvikens vårdcentral

Emerita Errasti, verksamhetschef
DoktorTeam vårdcentral

Marie Pilhjerta, verksamhetschef
Ektorps vårdcentral

Maria Amér, verksamhetschef
Familjeläkarna i Saltsjöbaden

Marie Pilhjerta, verksamhetschef
Fisksätra vårdcentral

Carin Lindahl, verksamhetschef
Forums vårdcentral

Emelie Eisner, verksamhetschef

Mark Glanville, verksamhetschef

Kry vårdcentral Älta

Klara Swerup, verksamhetschef
Kvarnholmens vårdcentral

Anette Stenberg, verksamhetschef
Sickla Hälsocenter

Stefan Aspberg, verksamhetschef
Primärvårdsrehab, Familjeläkarna

Madeleine Östman, verksamhetschef
Nacka RehabCentrum

Katja Wallin, verksamhetschef
ASIH Familjeläkarna

Linda Holmgren, verksamhetschef
ASIH Nacka Capiro

Ellinor Egefors, enhetschef
Äldreenheten, Nacka kommun

Kry vårdcentral, Sickla

Andrej Sannesten, verksamhetschef
Nacka strands vårdcentral

Jay Lewis, verksamhetschef
Danvikens Rehab&Kiropraktik

Charlotte Wall Kornfeldt,
verksamhetschef, Må Bra Hälsa

Inga-Lill Nilzon, verksamhetschef
ASIH Stockholm Södra

Ann-Sofie Stjernfeldt, verksamhetschef
ASIH Dalen Capiro

Karin Vretman, verksamhetschef
ASIH Ersta Diakoni

