



Vård i Samverkan

Lokal överenskommelse om samverkan mellan
vårdgivarna i Nacka

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

I	Syfte och mål med samverkan	3
1.1	Syfte	3
1.2	Mål	3
2	Målgrupp	3
3	Sekretess - samtycke	3
4	Samverkansforum.....	4
4.1	Politisk nivå-Samrådsgrupp	4
4.2	Chefsnivå-Styrgrupp	4
4.3	Vård i Samverkan lokal nivå	4
5	Samordnad vårdplanering och informationsöverföring	5
5.1	Rutiner vid in- och utskrivning i slutenvården	5
5.1.1	Rutiner vid inskrivning från ordinärt boende	5
5.1.2	Rutiner vid inskrivning från särskilt boende, korttidsboende och växelvårdplatser	5
5.1.3	Inskrivningsmeddelande	6
5.2	Samordnad vårdplanering	6
5.3	Utskrivningsmeddelande-utskrivningsinformation.....	6
5.4	Rutiner vid in- och utskrivning till ASIH.....	6
5.5	Rutiner vid in- och utskrivning till AVT	7
5.6	Rutiner vid inflyttning till särskilt boende.....	7
6	Läkarinsatser i särskilt boende.....	8
6.1	Tillgänglighet.....	8
6.2	Samverkan	8
7	Demensvård	8
8	Skadeförebyggande arbete	9
8.1	Fall	9
8.1.1	Ansvar och rutiner i ordinärt boende.....	9
8.1.2	Ansvar och rutiner i särskilt boende	9
8.2	Nutrition	10
8.2.1	Ansvar och rutiner i ordinärt boende.....	10
8.2.2	Ansvar och rutiner i särskilt boende	10
8.3	Trycksår	10
8.3.1	Ansvar och rutiner i ordinärt boende	10

8.3.2	Ansvar och rutiner i särskilt boende.....	10
9	Rehabilitering	11
9.1	Primärvårdens ansvar	11
9.1.2	Specialiserad sjukgymnastik.....	12
9.1.3	Hjälpmedel.....	12
9.1.4	Logoped	12
9.1.5	Utbildning och handledning.....	12
9.2	Rehabilitering av inskrivna i ASIH	12
9.3	Kommunens ansvar	12
9.3.1	Tekniska hjälpmedel	12
9.3.2	Utbildning och handledning.....	12
9.3.3	Bostadsanpassning.....	13
9.4	Rehabilitering på korttidsboende.....	13
9.5	Geriatriskens ansvar	13
10	Hälso- och sjukvårdsinsatser i boende.....	13
10.1	Vårdplanering.....	13
10.2	Delegering	14
10.3	Tjänsteköp.....	14
10.4	Hälso- och sjukvårdsinsatser på dagverksamhet.....	14
11	Vård i livets slutskede och palliativ vård	14
12	Egenvård	15
13	Munhälsa och tandvård	15
13.1	Uppsökande verksamhet	15
14	Hygienfrågor.....	16
15	Samverkan med psykiatri	17
16	Samverkan kring beroendevård.....	17
17	Klagomål och synpunkter	17
18	Överenskommelsens giltighet.....	19

I Syfte och mål med samverkan

Samverkan innebär i detta sammanhang att man tillsammans med andra, ofta personer med annan utbildning och som är styrda av andra regelsystem och en annan organisatorisk position, arbetar mot samma mål.

Överenskommelsen grundar sig på det ramavtal för samverkan som finns mellan Stockholms läns landsting och Nacka kommun.

I.1 Syfte

Syftet med överenskommelsen och vårdssamverkan är att underlätta och upprätthålla en sammanhållen vårdkedja för äldre i Nacka med omfattande behov av de båda huvudmännens vård och omsorg.

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 närmiljö 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.
- Mesta möjliga sjukvård, rehabilitering och omsorg ska om möjligt ske i kunden/patientens hem.
- Samarbetet mellan vårdgivarna ska präglas av god kommunikation, delaktighet och trygghet för kunderna/patienterna . Det praktiska arbetet ska präglas av etiska reflektioner i dialog med berörda parter.

2 Målgrupp

Målgruppen är alla äldre i Nacka med omfattande behov av båda huvudmännens vård och omsorg.

3 Sekretess – samtycke

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

Samtycke ska hämtas från kund/patient om att informationsutbyte får göras mellan berörda enheter. Om samtycke inte kan inhämtas på grund av kunden/patientens tillstånd ska ansvarig läkare/kommunens tjänsteman göra en menprövning med utgångspunkt från närstående/god mans synpunkter. Hur samtycke har inhämtats ska dokumenteras i journal.

4 Vård i Samverkansforum

4.1 Politisk nivå – Samrådsgrupp

I det politiska samverkansforumet representeras SLL av Sjukvårdsstyrelse Söders presidium och ledamöter/ersättare från Sjukvårdsstyrelsen. Dessutom deltar tjänstemän från Avdelningen för Närsjukvård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Nacka kommun representeras av politiker från Social- och äldre-nämnden, Socialdirektören, ansvariga tjänstemän från Socialtjänstens olika verksamhetsområden samt direktören för enheten för Hållbar utveckling

Samrådsgruppen träffas 2 gånger per år.

4.2 Chefsnivå – Styrgrupp

På chefsnivå ska en styrgrupp följa och utveckla samverkan. Styrgruppen har det övergripande ansvaret för att samverkan fungerar och samverkansöverenskommelsen är gruppens styrdokument för samverkan i det dagliga arbetet. Styrgruppen träffas minst 4 gånger per år.

Styrgruppen består av;

- Verksamhetschefen för Nacka RehabCentrum
- Chefsrepresentant från Alerias Geriatrik Nacka
- Verksamhetschef som representerar de landstingsdrivna vårdcentralerna
- Verksamhetschef som representerar de privata vårdcentralerna
- Verksamhetschef som representerar läkarverksamhet i särskilt boende
- Verksamhetschefen för ASIH
- Enhetschefen för enheten Äldre, Nacka kommun

4.3 Vård i Samverkan lokal nivå

För att säkerställa samverkan på lokal nivå ska inom varje vårdcentralsområde, se indelning nedan, 1- 2 gånger per termin genomföras lokala vård i samverkansmöten med representanter från den basala hemsjukvården, primärvårdsrehab, ASIH, Alerias Geriatrik Nacka, biståndshandläggare och hemtjänstutförare.

Indelning;

Vårdcentralsområde 1;	Fisksätra vårdcentral, Saltsjöbadens vårdcentral och Familjeläkarna i Saltsjöbaden
Vårdcentralsområde 2;	Älta praktiken, och Sickla hälsocenter
Vårdcentralsområde 3;	Forums vårdcentral och Ektorps vårdcentral
Vårdcentralsområde 4;	Boo vårdcentral, och DoktorTeam

I samverkan ska de involverade aktörerna kontinuerligt arbeta med vardagsfrågor, hitta lösningar på gemensamma problem och tillsammans utveckla samverkan inom olika områden.

Ansvariga för att boka in och kalla till möten är verksamhetscheferna för vårdcentralerna. Inom varje vårdcentralområde kommer man överens om ansvarsfördelning när det gäller kallelser, dagordning och minnesanteckningar.

5 Samordnad vårdplanering och informationsöverföring

För att trygga den enskildes rätt till god och säker vård och omsorg krävs samverkan mellan öppen- och slutenvård samt kommunen. Fungerande samverkan genom hela vårdkedjan förutsätter informationsöverföring och vårdplanering när kunden/patienten flyttar från en vårdform till en annan och när kundens/patientens behov förändras. Rutiner för detta ska följas så att patientsäkerheten tillgodoses.

<http://www.ksl.se/download/18.2c258249128ed055eaf80009300/overenskommelse-samverkan-in-utskrivning-slutenvarden.pdf>

5.1 Rutiner vid in- och utskrivning i slutenvården

5.1.1 Rutiner vid inskrivning från ordinärt boende

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

Hemtjänstutföraren ansvarar för att ansvarig distriktsläkare eller distriktssköterska kontaktas för bedömning om kunden/patienten ska skickas in till sjukhus. Hemtjänstutföraren ska därför delges ett direkttelefonnummer till aktuell vårdcentral.

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

Om kunden/patienten är inskriven i äldrevårdsteamet, AVT, ska de alltid 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.

Hemtjänstutföraren 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

5.1.2 Rutiner vid inskrivning från särskild boende, korttidsboende och växelvårdsplatser

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att följande information skickas med till sjukhuset;

- Patientens status, aktuella insatser och hjälpmedel

- Information om ansvarig sjuksköterska, inremitterande läkare och gärna patientansvarig läkare och kontaktväg
- Namn på biståndshandläggare och kontaktväg
- Aktuell läkemedelslista/dosrecept och aktuella recept
- Uppgifter om närstående

Kunden/patienten ska föras med ID-band alternativt ska legitimation skickas med.

Övrig relevant information skall så snart som möjligt föras över till slutenvården.

5.1.3 Inskrivningsmeddelande

Senast dagen efter inskrivning ska ett inskrivningsmeddelande skickas från slutenvården till berörd vårdgivare med syfte att informera om att en person blivit inskriven i slutenvården och att en samordnad vårdplanering kan bli aktuell.

5.2 Samordnad vårdplanering

Syftet med vårdplaneringen är att säkerställa tryggheten och säkerheten för kunden/patienten genom att upprätta en vårdplan där ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting fastställs. Vårdplanering ska alltid genomföras för kunder/patienter där det finns behov av nya eller fortsatta insatser efter slutenvården. Vårdplaneringen ska ske i samverkan mellan berörda enheter inom kommun och landsting tillsammans med kund/patient och om möjligt dennes närstående.

Kallelse till vårdplanering ska i första hand ske via WebCare. Saknar någon av parterna detta ska kallelse ske genom pappersfax.

En vårdplan är upprättad när den justerats av samtliga ansvariga enheter. Justeringen utförs i WebCare.

5.3 Utskrivningsmeddelande – utskrivningsinformation

Senast kl 12.00 vardagen före utskrivning ska samtliga berörda enheter få ett utskrivningsmeddelande från behandlande läkare med uppgifter om patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress samt information om när personen beräknas skrivas ut. Utskrivningsmeddelande skickas i första hand via WebCare.

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 slutenvården till de enheter som är ansvariga för fortsatta insatser. Informationen ska i första hand överföras via WebCare.

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

Vid inskrivning

- Ansvarig distriktsläkare och/eller distriktssköterska meddelas skriftligt/per fax eller via gemensamt journalsystem.

- Om beslut om hemtjänst finns meddelas biståndshandläggare inom kommunen skriftligt/per fax att kunden/patienten anslutits till ASIH eller till omvårdnadsansvarig sjuksköterska i de fall personen bor i särskilt boende för äldre.
- Vårdplanering ska vid behov göras med personal från ASIH, primärvården och hemtjänstutföraren/särskilt boende. Det är sjuksköterskan där kunden/patienten befinner sig som har ansvar för att sammankalla till vårdplanering.

Vid utskrivning

- ASIH meddelar inom 24 timmar distriktssköterska, omvårdnadsansvarig sjuksköterska i särskilt boende och biståndshandläggare när kund/patient inte längre är ansluten till ASIH.
- Läkarepikris skickas omgående till ansvarig husläkare.
- Omvårdnadsepikris faxas omgående till distriktssköterska eller omvårdnadsansvarig sjuksköterska i särskilt boende.

5.5 Rutiner vid in- och utskrivning till AVT-Äldrevårdsteamet

Vid inskrivning

- Läkare bedömer remiss och godkänner inskrivning.
- Ansvarig distriktsläkare och/eller distriktssköterska samt primärvårdsrehab meddelas skriftligt/per fax eller via gemensamt journalsystem att AVT tar över det medicinska ansvaret.
- Biståndshandläggare inom kommunen meddelas skriftligt/per fax att kunden/patienten anslutits till AVT. Biståndshandläggare informerar om aktuell hemtjänstgrupp.
- AVT meddelar hemtjänstgruppen att kunden/patienten anslutits till AVT och informerar om kontaktvägar.

Vid utskrivning

- Vid utskrivning till särskilt boende sker överrapportering via telefon till ansvarig sjuksköterska, journalkopior skickas till ansvarig läkare.
- Vid utskrivning till primärvården sker överrapportering via telefon, journalkopior skickas till ansvarig läkare.
- Biståndshandläggare inom kommunen meddelas skriftligt/per fax att patienten/kunden är utskriven från AVT.

5.6 Rutiner vid inflyttning till särskilt boende

Biståndshandläggare skriver i uppdraget vilken läkare, distriktssköterska, arbetsterapeut och/eller sjukgymnast och hemtjänst kunden/patienten anlitat. Ansvarig sjuksköterska på det särskilda boendet kontaktar respektive vårdgivare för att få nödvändig information och kopior på aktuella journaler. Värdefull information kan även inhämtas från den aktuella hemtjänstutföraren.

6 Läkarinsatser i särskilda boendeformer för äldre

Varje särskild boende ska ha en huvudansvarig läkare. Ansvaret gäller dygnet runt. Målsättningen är att;

- individ och närstående upplever trygghet beträffande läkarinsatserna
- förebygga och tidigt åtgärda försämringar av hälsotillståndet
- medverka till att förhindra icke medicinskt motiverade besök och hänvisningar till akutmottagning och annan slutenvård
- förskrivning av läkemedel sker säkert och rationellt

Den enskilde boende har rätt att fritt välja sin husläkare, det särskilda boendets huvudansvarige läkare svarar dock för insatser vid akuta sjukdomstillstånd då denne befinner sig på boendet.

Insatser för personer som är inskrivna på korttidsboende vid ett särskilt boende ingår i huvudansvarig läkares uppdrag oavsett om personen har annan husläkare.

6.1 Tillgänglighet

Läkare ska minst en gång per vecka besöka det särskilda boendet och där tillsammans med sjuksköterska ha en genomgång av de boendes hälsotillstånd och vid behov göra hembesök. Boende/närstående ska själv kunna boka tid för läkarbesök.

Boendets sjuksköterska ska få information om telefonnummer där en kontakt med läkare är möjlig alla tider på dygnet.

Läkare ska finnas tillgänglig på telefon varje vardag mellan kl 08.00-17.00.

6.2 Samverkan

För att uppnå ett för individen gott resultat är nära samverkan med huvudmannen för det särskilda boendet av väsentlig betydelse. Samverkan med andra vårdgivare och huvudmän ska bedrivas på ett sådant sätt att patienten/kunden upplever vården som en helhet. Regelbundna träffar bör ske mellan huvudansvarig läkare och ledningen för det särskilda boendet.

7 Demensvård

Samverkan skall ske enligt ”Lokala demensriktlinjer – utredning, vård och omsorg om personer med demenssjukdom”.

http://www.nacka.se/web/omsorg_stod/aldreomsorg/hjalp_i_hemmet/hemtjanst/kundval/Documents/Lokala%20demensriktlinjer%20Nacka%202012-11-19.pdf

8 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 genom standardiserade frågor eller instrument i enlighet med SKLs rekommendationer. (Senior Alert).

De regionala vårdprogram som finns för att förebygga fall, undernäring och trycksår bör följas inom samtliga verksamheter.

http://www.vardsamordning.sll.se/Global/Vardsamordning/Dokument/TUFF/tuff%20info/info%20tuff/Trycksar_2010_webbversion.pdf

http://www.produktionssamordning.se/Global/Vardsamordning/Dokument/TUFF/tuff%20info/info%20tuff/RV_Nutrition.pdf

http://www.vardsamordning.sll.se/Global/Vardsamordning/Dokument/TUFF/tuff%20info/info%20tuff/RV_Fallprevention_del_I_II.pdf

8.1 Fall

8.1.1 Ansvar och rutiner i ordinärt boende

Nacka kommun ansvarar för att godkända hemtjänstanordnare har tillräcklig kompetens när det gäller fallförebyggande insatser. Biståndshandläggare och anhörigkonsulent med ansvar för förebyggande hembesök ska ha kunskap om området och uppmärksamma fallrisk och göra bedömningar i samband med hembesök.

I förebyggande syfte erbjuder Nacka kommun Balansskola för seniorer i samverkan med primärvårdrehab.

Primärvården ansvarar för att kartläggning av fallrisker ingår i de förebyggande hälsosamtalen och att riskbedömningar görs inom den basala hemsjukvården. Primärvården ansvarar för att ta emot fallrapporter för åtgärd, uppföljning och eventuell vidarebefordran till primärvårdsrehab.

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

Fallrapportering

Hemtjänstutförare ansvarar för att rapportera inträffade fall till den vårdcentral där kunden är listad.

http://www.nacka.se/underwebbar/Anordnare/aldre_funkhindrede/hemtjanstavlosningledsagning/Sidor/Rad_och_riktlinjer.aspx

8.1.2 Ansvar och rutiner i särskilt boende

Stockholms läns landsting har tagit fram ett regionalt vårdprogram för fallprevention, alla särskilda boenden bör följa dessa riktlinjer..

Downton fallriskbedömning bör användas och fallrapportering ska ske vid inträffat fall. Om fallet orsakat svårare fallskada ska fallrapporten skickas till MAS/MAR. Svårare fallskada innebär att den boende på grund av fallet undersökts eller behandlats av läkare eller förts till vårdcentral eller sjukhus.

http://www.nacka.se/underwebbar/Anordnare/aldre_funkhindrede/sarskiltboendealdre/Documents/Fallrapport_sarskilt_boende.pdf

8.2 Nutrition

8.2.1 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 ätstödjande åtgärder. Arbetsterapeut från primärvårdsrehab kan vara behjälplig vid t ex utprovning av äthjälpmiddel. Kunder/patienter kan remitteras till dietist inom primärvårdsrehab för individuell kostbehandling. Dietisten ska samverka med andra yrkesgrupper på konsultbasis, t ex telefonrådgivning till distriktssköterskor. Även logopedinsats kan vara aktuell i samband med risk för undernäring i samband med sväljningssvårigheter. Läkaremiss krävs för logopedinsats.

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

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

8.2.2 Ansvar och rutiner i särskilt boende

Inom området mat och näring är det MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska som ansvarar för att goda rutiner för bedömning, behandling och uppföljning av undernäringstillstånd finns i verksamheten.

8.3 Trycksår

8.3.1 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, sjukgymnast och/eller dietist vid behov kontaktas.

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

8.3.2 Ansvar och rutiner i särskilt boende

Inom området trycksår är det MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska som ansvarar för att goda rutiner för bedömning, behandling och uppföljning av trycksår finns i verksamheten.

9 Rehabilitering

Syftet är att rehabiliterande förhållningssätt ska vara en gemensam nämnare i alla verksamheter och att rehabilitering ges den enskilde patienten/kunden för att denne så långt det är möjligt ska uppnå självständighet.

Kommunen och landstinget ska ha ett nära samarbete genom samordnad vård, rehabilitering och informationsöverföring.

9.1 Primärvårdens ansvar

9.1.1 Primärvårdsrehabilitering

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

Basuppgifterna ska utföras av legitimerad arbetsterapeut, legitimerad dietist och legitimerad sjukgymnast.

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 basuppgifterna 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 ordinära 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

9.1.2 Specialiserad sjukgymnastik

Uppdraget omfattar akuta och planerade sjukgymnastiska rehabiliteringsinsatser med specialiserad inriktning i öppenvård inom områdena; hjärt- och kärlsjukdomar, lungmedicin, neurologi, onkologi, ortopedisk manuell terapi, psykiatri och psykosomatik, reumatologi och smärta och smärtbehandling.

9.1.3 Hjälpmedel

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

9.1.4 Logoped

Personer i eget boende och på särskilt boende kan få logopedbehandling i hemmet, på det särskilda boendet eller på mottagning, läkarremiss krävs.

9.1.5 Information och handledning

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

9.2 Rehabilitering av inskrivna i ASIH

ASIH ansvarar för den avancerade hemrehabiliteringen för inskrivna patienter.

9.3 Kommunens ansvar

Kommunens ansvar omfattar samtliga vårdgivare som arbetar på uppdrag av Nacka kommun, och gäller rehabilitering för personer i särskilt boende.

Personer i särskilt boende ska ges samma möjlighet till rehabiliteringsinsatser som den öppna vården erbjuder personer i eget boende.

9.3.1 Tekniska hjälpmedel

Kommunen ansvarar för hjälpmedelsförsörjningen i särskilt boende enligt ansvarsfördelning som regleras i policydokument KSL-överenskommelsen (1997).

9.3.2 Utbildning och handledning

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

9.3.3 Bostadsanpassning

Arbeterapeut gör på begäran av kund/patient en bedömning i hemmet och utfärdar därefter ett bostadsanpassningsintyg på de åtgärder som anses nödvändiga för att patienten ska fungera tillfredsställande i sitt hem. Intyget skickas till Nacka kommun. Kund/patient skriver en ansökan om bostadsanpassningsbidrag som också skickas till Nacka kommun. Kommunens handläggare utreder och beslutar om bidrag. Vid dolda funktionsnedsättningar som neuropsykiatriska sjukdomar, allergi, överkänslighet, invärtesmedicinsk sjukdom ska detta även styrkas med läkarintyg.

9.4 Rehabilitering på korttidsboende

Vården skall innehålla träning med målet att den enskilde skall kunna leva ett så normalt liv som möjligt med hänsyn till vars och ens förmåga. Utföraren ansvarar för att tillhandahålla insatser av sjukgymnast och arbetsterapeut för att handleda personal, ge behandling individuellt eller i grupp, samt utföra hembesök för boendebedömning.

9.5 Geriatrikens ansvar

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

Träning sker utifrån en målinriktad rehabiliteringsplan och träning kan ske i hemmet om behov finns.

Hembesök görs vid bedömning och förberedelse inför hemgång eller inför ansökan om bostadsanpassningsbidrag, hjälpmedel kan provas ut och förskrivas.

Handledning i förflyttningsteknik och information om hjälpmedel ska ges till hemtjänstpersonal och närstående.

10 Hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende

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

Hemtjänstutföraren ansvarar för att rapportera förändringar i hälsotillståndet till ansvarig distriktssköterska.

10.1 Vårdplanering

Ansvarig för den fortsatta planeringen i hemmet är ansvarig distriktssköterska i den basala hemsjukvården, ansvarig sjuksköterska i ASIH och ansvarig sjuksköterska i AVT. Planeringen ska göras i samråd med andra berörda vård- och omsorgsgivare och beskriva vårdens planering, genomförande, uppföljning och resultat. Kund/patient och närstående ska erbjudas att delta i planeringen av vården.

All personal, den enskilde och/eller dennes närstående kan initiera en vårdplanering.

10.2 Delegering

Efter överenskommelse kan hemtjänstpersonal utföra hälso- och sjukvårdsinsatser på delegation från legitimerad landstingspersonal. Delegering innebär att en legitimerad yrkesutövare överför en hälso- och sjukvårdsuppgift till en arbetstagare som genom undervisning, handledning och erfarenhet lärt sig att utföra arbetsuppgiften och därigenom fått en reell kompetens. Delgeringen är personlig och en överenskommelse mellan den legitimerade yrkesutövaren och arbetstagaren. En delgering kan aldrig delegeras vidare. Varje delegationsbeslut ska vara skriftligt dokumenterat och undertecknat av både den legitimerade yrkesutövaren och arbetstagaren.

Hemtjänst beviljas inte för hälso- och sjukvårdsinsatser men hemtjänstpersonal kan utföra delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser som ryms inom ramen för beviljad tid.

Hemtjänstföretagen i Nacka ersätts med 140 kr per delegation. Hemtjänstföretaget fakturerar respektive vårdcentral.

10.3 Tjänsteköp

När en hälso- och sjukvårdsuppgift inte ryms inom ramen för beviljad tid för hemtjänst kan tjänsteköp vara en möjlighet för primärvården att få hälso- och sjukvårdsinsatser utförda av hemtjänstpersonal.

Hemtjänstföretagen i Nacka kan då efter överenskommelse utföra dessa hembesök och ersätts då med 160 kr per hembesök. Hemtjänstföretaget fakturerar respektive vårdcentral.

10.4 Hälso- och sjukvårdsinsatser på dagverksamhet

Anordnare av dagverksamhet ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser till och med sjuksköterskenivå under den tid personen vistas på dagverksamheten.

II Vård i livets slutskede och palliativ vård

Inför vård i livets slutskede är det särskilt viktigt att hemtjänst och landstingets 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 individuell vårdplanering som kan äga rum på sjukhuset eller i hemmet. Vid vårdplaneringen 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 vårdplanering sker. 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.

12 Egenvård

Egenvård är åtgärder som en person själv utför för att upprätthålla hälsa och välbefinnande. I egenvård innefattas åtgärder som individen själv utför på rekommendation av hälso- och sjukvårdspersonal. En individuell bedömning av personens förmåga att utföra en hälso- och sjukvårdsinsats som egenvård ska bedömas av läkare vid utskrivning från sjukhuset. Då 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. Beslutet ska dokumenteras och intyg ska vid behov av stöd för utförandet enligt socialtjänstlagen utfärdas av den som fattat beslut om egenvård.

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 personalen som gör bedömningen.

Behov av praktisk hjälp för att lämna in och hämta ut receptbelagda läkemedel är vare sig egenvård eller hälso- och sjukvårdsinsats.

<http://www.ksl.se/download/18.519b8f6b132ea9f0892800013645/forslag-egenvard-overenskommelse.pdf>

Biståndsbedömd tid kan beviljas för hjälp med apoteksärenden för den som också behöver hjälp med matinköp.

13 Munhälsa och tandvård

13.1 Uppsökande verksamhet

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.

Landstingets 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 tandvårdsintyg.

I samband med munhälsobedömningen bör personal i särskilt boende eller 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.

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 boendet/i 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.

14 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
<http://www.webbhotell.sll.se/Global/V%C3%A5rdhygien/Dokument/Dokument/Basala%20hygienrutiner/Basala%20hygienrutiner.pdf>
- Handlingsprogram för MRSA, öppen hälso- och sjukvård samt vård och omsorg
[http://www.webbhotell.sll.se/Global/Smittskyddstockholm/Dokument/PM-Anvisningar/MRSA/Handlingsprogram-Oppenvard-och-omsorg/_Handlingsprogram%20\(hela%20dokumentet\)%20-%20%c3%96ppenv%C3%a5rd.pdf](http://www.webbhotell.sll.se/Global/Smittskyddstockholm/Dokument/PM-Anvisningar/MRSA/Handlingsprogram-Oppenvard-och-omsorg/_Handlingsprogram%20(hela%20dokumentet)%20-%20%c3%96ppenv%C3%a5rd.pdf)
- Handlingsprogram för ESBL handläggning inom slutenvård och särskilda boenden
<http://www.webbhotell.sll.se/Global/Smittskyddstockholm/Dokument/PM-Anvisningar/ESBL/ESBL%20-%20Handl%C3%A4ggning%20inom%20slutenv%C3%A5rd%20och%20s%C3%A4rskilda%20boenden.pdf>
- Handlingsprogram för VRE – i öppen- och slutenvård samt i särskilda boenden

[http://www.webbhotell.sll.se/Global/Smittskyddstockholm/Dokument/PM-Anvisningar/VRE/Handlingsprogram-VRE/Handlingsprogram\(hela%20dok\)-VRE%20i%20c3%b6ppen%20och%20sluten%20v%20c3%a5rd.pdf](http://www.webbhotell.sll.se/Global/Smittskyddstockholm/Dokument/PM-Anvisningar/VRE/Handlingsprogram-VRE/Handlingsprogram(hela%20dok)-VRE%20i%20c3%b6ppen%20och%20sluten%20v%20c3%a5rd.pdf)

Särskilda boenden bör teckna avtal med Vårdhygien för utbildning, information och rådgivning.

Vårdgivare ska samverka i vårdhygienfrågor som rör enskild kund/patient

15 Samverkan med psykiatri

Sedan 2011 finns en lokal samverkansöverenskommelse kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning mellan Nacka kommun, Nacka socialpsykiatriska enhet och Carema Hjärnhälsan Nacka. Syftet med överenskommelsen är att samverkan mellan huvudmännen ska leda till att det för den enskilde saknar betydelse om det är en eller flera huvudmän som ansvarar för vården. Överenskommelsen ska skapa en sådan tydlighet i ansvarsfördelning och samverkansformer att den enskildes behov bäst tillgodoses.

http://www.nacka.se/web/omsorg_stod/aldreomsorg/hjalp_i_hemmet/hemtjanst/kundval/Documents/Lokal%20överenskommelse%20om%20samverkan%20kring%20vuxna%20med%20psykisk%20funktionsnedsättning.pdf

16 Samverkan kring beroendevård

Sedan 2012 finns en lokal samverkansöverenskommelse mellan Nacka kommuns socialtjänst, Capio Maria och Carema Hjärnhälsan som avser samordnat samhällsstöd för personer med skadligt bruk och beroendeproblem och samtidig psykisk sjukdom.

http://www.nacka.se/web/omsorg_stod/aldreomsorg/hjalp_i_hemmet/hemtjanst/kundval/Documents/Lokal%20överenskommelse%20samverkan%20komplexa%20behov.pdf

17 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: www.nacka.se

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
- Besöka stadshusets reception där det finns en blankett ”Tyck till” att fylla i.
- Skriva ett brev till
Nacka kommun, 131 81 Nacka.

Den som klagat ska få kunskap om hur socialtjänsten kommer att behandla klagomålet inom 10 dagar. Detta sker genom brev eller telefonsamtal.

Till Stockholms läns landsting framförs klagomål och synpunkter till kontaktperson på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Avd för Närsjukvård, Box 6909, 102 39 Stockholm eller till registrator.hsn@sll.se.

18 Överenskommelsen giltighet

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

Nacka 2012-10-09 (rev 2013-02-14)

Inger Fridegren, verksamhetschef
ASIH

Melitza Lindström, verksamhetschef
Forums vårdcentral

Lena Pomerleau, verksamhetschef
Boo vårdcentral

Göran Murvall, verksamhetschef
Sickla Hälsocentral

Emerita Errasti, verksamhetschef
DoktorTeam vårdcentral

Elisabeth Sandström, verksamhetschef
Ältapraktiken

Masoud Sayed, verksamhetschef
Ektorps vårdcentral

Madeleine Östman, verksamhetschef
Nacka RehabCentrum

Maria Amér, verksamhetschef
Familjeläkarna i Saltsjöbaden

Anna Svanholm-Biro, chefläkare
Alerias Geriatriken Nacka

Åsa Kullvik, verksamhetschef
Fisksätra/Saltsjöbadens vårdcentral

Anne-Lie Söderlund, enhetschef
Enheten Äldre, Nacka kommun

Jay Lewis, verksamhetschef
Danviks Rehab & Kiropraktik
(2013-02-14)

