



Vård och omsorg i Samverkan

**Lokal överenskommelse och beskrivning om
samverkan mellan vårdgivarna i Nacka
inom området LSS och socialpsykiatri
2026-2028**

I	Innehållsförteckning	
2	Bakgrund.....	2
3	Målgrupp	2
4	Ansvar och giltighet.....	3
5	Tillgänglighet, information och kommunikation	3
6	Mål 2025-2027.....	4
7	Sekretess – samtycke	4
8	Vård i samverkansforum.....	5
9	Samordnad vårdplanering	5
10	Byte av boende eller vårdform.....	6
11	Läkarinsatser	7
12	Läkemedel	9
13	Vaccination	9
14	Sexualitet.....	9
15	Psykiatriska behov	10
16	Missbruksproblematik.....	10
17	För tidigt åldrande och Kognitiva sjukdomar	11
18	Riskbedömningar	12
19	Rehabilitering/habilitering	14
20	Vård i livets slutskede och palliativ vård	15
21	Egenvård	15
22	Munhälsa och tandvård	16
23	Vårdhygien och smitta	16
24	Klagomål, synpunkter och avvikelser	17
	BILAGA I	19

2 Bakgrund

Samverkansöverenskommelsen syftar till att skapa en god och nära vård för personer med omfattande behov av vård och stöd, där både Nacka kommun och regionen är involverade. Genom att professioner från olika vårdgivare arbetar tillsammans utifrån patientens unika behov, eftersträvas patientcentrerad vård. Samverkan mellan aktörer som socialtjänst, hälso- och sjukvård samt privata vårdgivare är avgörande för att ge en heltäckande och effektiv vård. Målet är att skapa en tydlig ansvarsfördelning och förenkla för patienter att navigera i vårdsystemet. Överenskommelsen stödjer en mer sammanhållen vård genom att förena resurser och kompetens, vilket ska resultera i säker och högkvalitativ vård med patientens behov i centrum. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) betonar vikten av att främja jämlikhet och delaktighet för personer med funktionsnedsättning. Dessa personer har ofta sämre hälsa än andra grupper. För att förbättra deras hälsa krävs samarbete och förändrade arbetssätt inom både socialtjänst och hälso- och sjukvården. Målet är att erbjuda en trygg och väl sammanhållen vård oavsett huvudman.

Samarbetet mellan vårdgivarna ska präglas av god kommunikation, delaktighet och trygghet för patienterna. Det praktiska arbetet ska präglas av etiska reflektioner i dialog med berörda parter.

3 Målgrupp

Målgruppen för denna samverkansöverenskommelse omfattar personer som har beslut om insatser enligt;

- LSS 1993:387 i särskilda boendeformer och daglig verksamhet i Nacka
- SOL socialtjänstlagen (2025:400) socialpsykiatriboende i Nacka under 65 år

3.1 Definition

I den lokala samverkansöverenskommelsen kommer individerna att benämnas som patienter. Detta val av terminologi grundar sig på Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), som styr hur vården ska organiseras och genomföras.

3.2 Undergrupper inom målgruppen

1. Personer med funktionsnedsättning (LSS): Dessa individer kan ha olika typer av funktionsnedsättningar som påverkar deras dagliga liv och som kräver särskilda insatser för att säkerställa deras rätt till ett fullgott liv.
2. Personer inom socialpsykiatri (SoL): Denna grupp inkluderar individer med psykisk ohälsa som behöver stöd och hjälp för att hantera sin vardag och få tillgång till nödvändiga resurser och tjänster.

3.3 Behov av samordning

Målgrupperna i denna samverkansöverenskommelse har ofta komplexa behov som kräver samordning mellan olika aktörer inom både kommunal och regional vård. Genom att fokusera på denna specifika målgrupp syftar överenskommelsen till att:

- Öka tillgången till integrerade vårdinsatser som adresserar både hälso- och sjukvårdsbehov samt sociala behov.
- Främja en helhetssyn där patientens unika situation och behov alltid är i fokus.

4 Ansvar och giltighet

Överenskommelsen gäller i tre år från 2026-01-01. Överenskommelsen ska följas upp en gång per år och revideras om förhållanden ändrats.

Överenskommelsen gäller för;

- Nacka kommun
- Hälso- och sjukvårdsgruppen som utför Hälso- och sjukvårdsinsatser på uppdrag av Nacka kommun
- samtliga vårdcentraler som är inblandade i patientens vård
- samtliga rehabiliteringsmottagningar som är inblandade i patientens vård
- Öppenvård psykiatri i Nacka som är inblandade i patientens vård
- samtliga grupp- och servicebostäder
- samtliga dagliga verksamheter
- samtliga socialpsykiatriboenden

5 Tillgänglighet, information och kommunikation

Patienter med kognitiva funktionsnedsättningar som intellektuell funktionsnedsättning, autism eller psykisk ohälsa behöver anpassad kommunikation och information. För att vårdssituationen ska bli hanterbar och begriplig är förberedelse, tydlighet och anpassad information av största vikt. Även omgivningsfaktorer kring besök är viktiga att väga in utifrån patientens behov.

Anpassad information kan handla om lättläst, kortfattad text, bildstöd eller annat kommunikationshjälpmedel som patienten använder sig av. På kunskapsguiden finns utbildningar kring dessa ämnen. [Alternativ och kompletterande kommunikation, AKK - Kunskapsguiden](#)

Samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal och personal på boende och daglig verksamhet är av stor vikt för att ge patienten bästa möjlighet till delaktighet och jämlik vård utifrån sina behov.

Goda exempel:

- <https://samverkan.regionsormland.se/contentassets/c6d367eb80b14a269d37929c45e432a9/besokskort-bildspel-information-till-webben.pdf>
- [Relationersomfunkar](#)
- [Startsida - Hälsan spelar roll](#)

6 Mål 2025-2027

1. Årliga läkarbesök med läkemedelsgenomgångar. Målvärde 90%

Respektive omvårdnadsansvarig sjuksköterska i HSL-teamet ansvarar för att rapportera hur många unika patienter som erhållit läkarbesök med läkemedelsgenomgång och totalt antal läkarbesök. Rapporteras årligen den sista veckan i januari till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i Nacka kommun.

2. Mäta antal genomförda läkarhembesök utanför de planerade läkarbesöken i hemmet

Respektive omvårdnadsansvarig sjuksköterska i HSL-teamet ansvarar för att rapportera hur många patienter som fått hembesök av läkare utanför planerad tid. Rapporteras årligen den sista veckan i januari till MAS i Nacka kommun.

3. Att namngiven läkare finns för respektive patient. Målvärde 100%

Respektive vårdcentrals verksamhetschef ansvarar för att namngiven läkare finns för respektive individ.

Rapporteras av HSL-teamet årligen den sista veckan i januari till MAS i Nacka kommun.

4. Direktnummer till respektive vårdenhet/läkare, inte via en växel. Målvärde 100%

Respektive vårdcentrals verksamhetschef ansvarar för att direktnummer finns.

Rapporteras årligen av HSL-teamet den sista veckan i januari till MAS i Nacka kommun

5. Mäta antal genomförda SIP

Respektive omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att ta fram statistik och rapportera årligen den sista veckan i januari till MAS i Nacka kommun.

6. Mäta antal patienter som tackar nej till punkt 1,2 och 3.

All vård ska vara personcentrerad. Arbetet för att nå målvärden ska inte gå ut över individens självbestämmande om sin egen vård och omsorg. Rapporteras i samband med punkt 1,2 och 3.

7 Sekretess – samtycke

För att möjliggöra en effektiv samverkan mellan olika vårdgivare och säkerställa att patientens behov tillgodoses behöver patienten ge sitt samtycke till att parter får tillgång till de uppgifter som krävs för samverkansarbetet. Hur samtycke har inhämtats dokumenteras i patientens journal.

7.1 Hantering vid brist på samtycke

I de fall där samtycke inte kan inhämtas på grund av omfattande funktionsnedsättningar eller kognitiv svikt, görs en individuell bedömning av hälso- och sjukvårdsteamet tillsammans med personalen på boendet enligt Socialstyrelsens riktlinjer [Samtycke. För hälso- och sjukvården och socialtjänsten. - Socialstyrelsen.](#)

Om patientens tillstånd hastigt försämras, till exempel vid medvetslöshet eller annat allvarligt hälsotillstånd, är det ansvarig läkare eller kommunens tjänsteman som genomför en

menprövning. Denna prövning ska ta hänsyn till information om patientens tidigare önskemål från:

- Närstående: Familjemedlemmar eller andra närstående kan bidra med insikter om patientens önskemål och behov.
- God man: Om patienten har en god man, ska även denne involveras i beslutet.

Närstående och gode mans åsikter ska tas i beaktande, däremot kan deras önskemål aldrig gå över patientens beslut.

8 Vård i samverkansforum

8.1 Chefsnivå – styrgrupp

Styrgruppen har det övergripande ansvaret för att säkerställa att samverkan fungerar effektivt. Överenskommelsen fungerar som gruppens styrdokument för det dagliga arbetet. Styrgruppen ansvarar för att följa upp uppsatta målvärden och revidera överenskommelsen årligen. Eventuella avvikelser, synpunkter eller klagomål som rör vårdsamverkan ska skyndsamt tas upp och följas upp. Varje verksamhetschef ansvarar för att omsorgsenheten på Nacka kommun kontinuerligt får information om klagomål och avvikelser från verksamheterna. De är också ansvariga för att åtgärda sina respektive delar av eventuella problem eller synpunkter.

8.2 Vård i samverkan lokal nivå

Lokala samverkansmöten mellan boendeenheter och regionen sker i teammöte eller rond minst två gånger per år. HSL- teamet är ansvariga för att sammankalla till detta möte. Där träffas namngiven ansvarig läkare för respektive boende/patient, kommunens hälso- och sjukvårdspersonal och representanter från boendet. Till dessa möten kan, när behov finns, även representant från primärvårdens rehabilitering eller habiliteringen bjudas in. Övergripande syfte för dessa möten är att gå igenom patienternas samlade behov av insatser från samtliga parter.

All samverkan kring patienten ska ske personcentrerat och enligt patientens behov och med samtycke. Teamronder kan i de fall det behövs bytas ut till andra typer av möten eller samtal där patienten är deltagande.

9 Samordnad vårdplanering

För att säkerställa att patienter får god och säker vård och omsorg krävs samverkan mellan öppen- och slutenvård samt kommunen. En fungerande samverkan under hela vårdprocessen förutsätter noggrann och tidsenlig planering. Vårdplanering bör ske vid övergångar mellan vårdformer eller när patientens behov förändras. För att upprätthålla patientsäkerheten är det viktigt att följa etablerade rutiner för dessa processer. Riktlinjer och rutiner för vårdplanering finns tillgängliga på Vårdgivarguiden. [Lagen, överenskommelse och riktlinjer - LUS | Vårdgivarguiden \(vardgivarguiden.se\)](https://lagen.overenskommelse.och.riktlinjer-lus.se)

9.1 SIP – samordnad individuell plan

Vårdgivare är skyldiga att upprätta samordnad individuell vårdplan (SIP) när en patient har behov av insatser både från socialtjänst och hälso- och sjukvård. Lagstiftningen gäller personer i alla åldrar med olika behov av insatser. Syftet med SIP är att stärka patientens delaktighet och rättigheter till samordning om sin vård och omsorg.

Alla medarbetare inom socialtjänst och hälso- och sjukvård som upptäcker behov av samordning av insatser ska initiera till SIP med patientens samtycke. Alla medarbetare har också en skyldighet att informera patienten om att SIP finns. Patienten eller närstående kan också själv framföra önskemål om SIP.

Allt material och blanketter om SIP

[Samordnad individuell plan - SIP | Vårdgivarguiden \(vardgivarguiden.se\)](#)

10 Byte av boende eller vårdform

Samtliga boenden och dagliga verksamheter är ansvariga för att upprätta *lokala rutiner* för byte av vårdform vid akuta och planerade ärenden samt *lokal rutin för inflyttning och utflytt*.

10.1 Rutiner vid in- och utflyttning till boende

- Innan patienten flyttar in på ett boende enligt SoL eller LSS skall en SIP genomföras och samtycke för informationsöverföring inhämtas.
- Biståndshandläggare skriver i beställningsuppdraget vilken läkare, distriktssköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut som patienten haft tidigare.
- Den sjuksköterska som tar över omvårdnadsansvaret på boendet kontakter respektive vårdgivare för att få nödvändig information för trygg vårdöverföring.
- Sjuksköterskan informerar patienten om var närmaste vårdcentral finns och uppmuntrar till att listas för närhetsprincip. Vid flytt informerar sjuksköterskan den vårdcentral och den läkare som patienten valt att lista sig hos.

10.2 Rutiner vid planerad inskrivning till slutenvård

Planerad inskrivning till slutenvård från boende enligt LSS och SoL.

Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterska som ansvarar för patienten ska tillse att följande information skickas med till sjukhuset:

- Fullständigt ifyllt transportmeddelande.
[Transportmeddelande-mellan vårdenheter.pdf | Vårdgivarguiden \(vardgivarguiden.se\)](#)
- Aktuella hälso- och sjukvårdsinsatser om rapport inte har givits.
- Aktuell läkemedelslista eller dosrecept.
- Läkemedel.
- Information om kontaktväg till omvårdnadsansvarig sjuksköterska, remitterande läkare och patientansvarig husläkare.

- Sjuksköterskan ansvarar för att informera närstående, god man eller förvaltaren, om samtycke finns.

Omsorgspersonalens ansvar

Personalen på boendet ansvarar för att:

- Informera om namn och telefonnummer till bostaden.
- Lämna uppgifter om kontaktvägar till närstående om samtycke finns.
- Skicka med hjälpmedel.
- Skicka med nödvändiga personliga tillhörigheter inklusive giltig Id-handling.

10.3 Rutiner vid oplanerad inskrivning till slutenvård

Oplanerad inskrivning till slutenvård från boende och daglig verksamhet enligt LSS och SoL.

Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterska som är i tjänst aktuellt tillfälle ansvarar för att följande information skickas med till sjukhuset alternativt att informationsöverföring sker:

- Information om patientens aktuella status, tillstånd och aktuella hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Aktuell läkemedelslista eller dosrecept.
- Läkemedel.
- Information om kontaktväg till omvårdnadsansvarig sjuksköterska, remitterande läkare och patientansvarig husläkare.
- Informera närstående, god man eller överförmyndare, om samtycke finns.
- Patienten ska föras med Id-band alternativt skickas giltig Id-handling med.
- Övrig relevant information skall så snart som möjligt föras över till slutenvården.

Omsorgspersonalens ansvar

Personalen på boendet eller den dagliga verksamheten ansvarar för att:

- Informera om namn och telefonnummer till bostaden.
- Uppgifter och kontaktvägar till närstående om samtycke finns.
- Skicka med hjälpmedel.
- Skicka med nödvändiga personliga tillhörigheter.

10.4 ASIH – avancerad sjukvård i hemmet

Patienten som bor på boende enligt LSS eller bostad för personer med psykisk funktionsnedsättning enligt SoL, kan anslutas till ASIH. Remiss till ASIH skrivs av patientansvarig läkare. Patientens omvårdnadsansvariga sjuksköterska rapporterar till ASIH när remissen har mottagits.

II Läkarsatser

Samtliga patienter ska vara listade hos namngiven läkare som har patientansvaret.

Med fördel uppmuntras patienten att listas hos samma vårdcentral/läkare som majoriteten av patienterna på boendet för att eftersträva kontinuitet och närhetsprincip. Självbestämmande ska vara ledande.

Patientansvarig läkares ansvar

- Säkerställa att patienten får vård på samma villkor som övriga befolkningen.
- Bidra till att förhindra icke medicinskt motiverade besök till akutmottagningar och annan slutenvård.
- I samverkan med sjuksköterska, utföra både planerade och akuta hembesök.
- Skapa trygghet och kontinuitet för patienten och eventuella närstående gällande läkarinsatser.
- Förebygga och tidigt åtgärda försämringar av hälsotillståndet.
- Beakta hälsoperspektiv vid mötet med patienten.
- Använda Pascal som ordinationsplattform för att säkra informationsöverföringen och läkemedelshanteringen, även när patienten inte har dosdispenserade läkemedel.
- Genomföra årliga läkemedelsgenomgångar, i samverkan med omvårdnadsansvarig sjuksköterska och omsorgspersonal med god kännedom om patienten.
- Samverka med andra vårdinstanser som är ansvariga för patientens läkemedel.
- Genomföra team-möten eller rond minst två gånger per år tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. På mötet ska även ansvarigt rehabiliteringsteam och personer som känner patienten väl från boendet delta. Vid behov bjuds andra vårdgivare in, exempelvis dietist.
- Arbeta patientsäkert genom att vid behov ha bokade telefonmöten med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Ett direktnummer till ansvarig läkare ska finnas hos sjuksköterska.
- Informera och involvera närstående i vårdprocessen vid behov om samtycke finns.

Patientens rättigheter

- Val av husläkare: Patienter har rätt att fritt välja husläkare oavsett var patienten bor. Detta främjar patientens frihet och trygghet i vården. Med fördel uppmuntras patienten att listas hos samma vårdcentral/läkare som majoriteten av patienterna på boendet för att eftersträva kontinuitet och närhetsprincip. Självbestämmande ska vara ledande.
- Byte av läkare: Alla patienter har rätt att byta läkare om de önskar. Detta ger möjlighet till större trygghet mellan patient och läkare.
- Involvering i vården: Patienter har rätt att vara involverade i sin egen vård och vara med och bestämma om sina vårdinsatser. Detta stärker patientens delaktighet i och ansvar för sin egen hälsa.

Dessa rättigheter är centrala för att skapa en personcentrerad vård där individens behov och önskemål tas på allvar.

11.1 Tillgänglighet

- Direktnummer: Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor ska ha direktnummer till patientansvariga läkare eller husläkarmottagningen. Detta underlättar snabba konsultationer när det behövs, utan att gå via växeln.

- Jourtid: Under jourtid kan sjuksköterskor konsultera läkare via prehospitala bakjouren eller jourläkarbilen. Bakjour eller jourläkarbilen kan göra hembesök eller utfärda remisser efter en bedömning av patientens tillstånd.

12 Läkemedel

Patienterna ska i längsta möjliga mån ha APO-dos och ordination i Pascal även om patienten inte har dosdispenserade läkemedel.

Läkaren ansvarar för att

- Förnya läkemedel i tid.
- Följa upp läkemedlets effekter.
- Samordna med andra ordinerande läkare om behovet finns.

Sjuksköterskan ansvarar för att

- Patienten får sina läkemedel genom att dela läkemedel eller delegera uppgiften till personal.
- Påtala om ett läkemedel håller på att gå ut i ordination till ansvarig läkare.
- Fylla på läkemedel hemma hos patienten.
- Kassera utgångna läkemedel.
- Påtala för läkare om läkemedel inte har önskad effekt.

Omsorgspersonalen ansvarar för att

- Hjälpa patienten att ta sina läkemedel om personalen har delegering.
- Om det inte finns personal med delegering ska sjuksköterska kontaktas.
- Påtala för sjuksköterska om det läkemedlet ger biverkningar eller inte har önskad effekt.

13 Vaccination

Det är vårdcentralerna i Nacka som ansvarar för att säsongsvaccinationer genomförs.

HSL- teamet i Nacka kan vaccinera på bostäder med särskild service LSS och socialpsykiatri under förutsättning att;

- det finns sjuksköterskor i verksamheten med den utbildning som krävs enligt Socialstyrelsens HSLF-FS 2018:43 och HSLF-FS 2020:81
- verksamheten har tillgång till och behörighet att registrera i Vaccinera
- vårdcentral är behjälplig med att beställa vaccin. Varje vårdcentral med listade patienter beställer till respektive patient.
- Varje vårdcentral och HSL- teamet behöver ta fram en lokal rutin för detta.

14 Sexualitet

För att uppnå sexuell och reproduktiv hälsa är det avgörande att erkänna sexuella och reproduktiva rättigheter. Detta bygger på mänskliga rättigheter om kroppslig integritet, privatliv och självbestämmande. Samverkan mellan olika aktörer är nödvändig för att ge patienter på

boenden enligt LSS eller SoL rätt stöd kring dessa frågor. Det krävs kompetens hos personalen på boendet och god samordning för att hänvisa till rätt mottagning vid behov.

Sjuksköterskan ansvarar för att

- Patienten får komma till läkare, gynekolog eller urolog där behov finns.
- Samtala med patienten om sexualitet utifrån hälsoaspekter.

Arbetsterapeut eller fysioterapeut ansvarar för att:

- Stötta patienten i att ha kvar sina förmågor genom stödinsatser där det är möjligt
- Följa upp kroppsliga funktioner

Omsorgspersonalen ansvarar för att

- Ge patienten frihet och utrymme att ha rätt till sitt privatliv.
- Uppmärksamma om sexuell hälsa är avvikande och rapportera till sjuksköterska.
- Uppmärksamma om behov av stöd finns kring den sexuella hälsan och rapportera till sjuksköterska.

15 Psykiatriska behov

Samverkan mellan psykiatrin, primärvården och kommunen är central. Patienterna som omfattas av denna samverkan kan ofta ha svårt att formulera sina behov. Vårdens kunskap brister ofta i att tillgodose det psykiatriska behovet för denna målgrupp.

Läkaren ansvarar för att

- Skicka remiss till psykiatrin och samverka med sjuksköterskan.
- Ansvarar för samverkan med psykiatrin vid svårigheter kring ordinationer.

Sjuksköterskan ansvarar för att

- Patienten får komma till läkare och då behov finns verka för att läkare skriver remiss till psykiatrin.

Arbetsterapeut eller fysioterapeut ansvarar för att:

- Stötta patienten i att ha kvar sina förmågor genom hjälpmedelsförskrivning
- Följa upp kroppsliga och kognitiva funktioner

Omsorgspersonalen ansvarar för att

- Uppmärksamma om patientens psykiska välmående förändras och rapportera detta till sjuksköterska.
- Kontakta patientens handläggare på kommunen

16 Missbruksproblematik

Missbruksproblem kan förekomma även bland de patienter som omfattas av samverkansöverenskommelsen. För att ge dessa patienter likvärdig vård krävs kompetens inom funktionsnedsättning, anpassat bemötande och alternativ kommunikation. En viktig del av målgruppen är de som på grund av funktionsnedsättning eller social problematik har svårt att få

tillgång till eller tillgodogöra sig ordinarie vård och stödinsatser. Vid identifiering av beroende eller samsjuklighet behövs motivationshöjande insatser för att möjliggöra utredning och diagnostisering, vilket är avgörande för individanpassade insatser. Huvudmännen ska samarbeta under hela processen, från identifiering till vård, och tidigt komma överens om ansvarsfördelning och en samverkansansvarig.

[Samverkan kring personer med missbruk/beroende - Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län](#)

Läkaren ansvar för att

- Skicka remiss till beroendemottagning där det är möjligt och samverka med sjuksköterskan.
- Följa upp eventuell behandling.

Sjuksköterskan ansvarar för att

- Motivera och handleda patienten i hälsofrågor.
- Informera läkare och följa upp eventuell behandling.

Arbetsterapeut eller fysioterapeut ansvarar för att:

- Stötta patienten i att ha kvar sina förmågor genom hjälpmedelsförskrivning
- Följa upp kroppsliga och kognitiva funktioner

Omsorgspersonalen ansvar för att

- Kontakta patientens handläggare på kommunen
- Uppmärksamma om patientens välmående förändras och misstankar om beroende finns och rapportera detta till sjuksköterska.
- Uppmuntra patienten till hälsosamma val.

17 För tidigt åldrande och Kognitiva sjukdomar

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

För mer information se Socialstyrelsens hemsida; Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. [Nationella riktlinjer: demenssjukdom - Socialstyrelsen](#)

Kommunens demenssjuksköterska kan efter önskemål genomföra riktade föreläsningar och enstaka handledningstillfällen till personal på gruppboendena.

Läkaren ansvarar för att

- Starta en demensutredning och samverka med sjuksköterskan.
- Följa upp eventuell behandling.

Sjuksköterskan ansvarar för att

- Informera läkare om förändring och misstanke om kognitiv svikt.
- Verka för följsamhet av eventuell utredning och behandling.
- Handleda personal i omvårdnads och bemötandefrågor.

Arbetsterapeut eller fysioterapeut ansvarar för att:

- Stötta patienten i att ha kvar sina förmågor genom hjälpmedelsförskrivning
- Följa upp kroppsliga och kognitiva funktioner

Omsorgspersonalen ansvarar för att

- Uppmärksamma om patientens välmående och minne förändras och misstankar kognitiv svikt finns och rapportera detta till sjuksköterska.

18 Riskbedömningar

Hälso- och sjukvårdsteamet ska genomföra riskbedömningar genom standardiserade frågor eller instrument vid inskrivning när det är relevant tillsammans med boendepersonal eller dagliga verksamheten. Dessa ska följas upp årligen och vid behov. De regionala vårdprogrammen för att förebygga fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen ska följas av alla i verksamheterna. Boendet ska informera dagliga verksamheter om det framkommit nya risker eller behov, och lämna information om nya åtgärder som behöver genomföras, om samtycke finns. Alla hälso- och sjukvårdsprofessioner ansvarar för att dokumentera i patientjournalen och vid behov upprätta vårdplaner. Lokala rutiner för riskbedömningar och informationsöverföring ska finnas på alla boenden. Vårdplanerna behöver vara förankrade i personalgrupperna på boendet. Samtliga dagliga verksamheter behöver ta fram lokala rutiner för informationsöverföring.

18.1 Fall

Läkaren ansvarar för att

- Utredda eventuella medicinska behov som kan vara relaterade till ökad fallrisk.
- Se över läkemedelsbehandlingen om ordinerade mediciner riskerar att öka fallrisken.

Sjuksköterskans ansvar

- Informera läkare om medicinsk översikt behöver göras.

Arbetsterapeut eller fysioterapeut ansvarar för att

- Identifiera patienter som löper risk för fall eller som redan haft fallincidenter. Downton fallriskbedömning ska användas. [Fallprevention - Vårdhandboken \(vardhandboken.se\)](http://fallprevention-vardhandboken.se)
- Informera omvårdnadsansvarig sjuksköterska om en läkare behöver konsulteras för medicinska behov.
- Tillsammans med sjuksköterska utreda omvårdnadsbehov.
- Prova ut och ordinera hjälpmedel.
- Upprätta träningsprogram.
- Handleda personalen i fallförebyggande arbete.
- Utredda fallavvikelser och sätta in relevanta åtgärder.

Ansvar och rutiner på boendet/dagliga verksamheten

- **Lokala rutiner:** Alla verksamheter ska ha rutiner för att uppmärksamma risk för fallincidenter och hur kontakt ska tas med ansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut om patient har fallit.

- **Dokumentation:** Alla verksamheter ska dokumentera de fallpreventiva insatserna i patientens genomförandeplan.
- **Fallrapportering:** Personal ska veta hur fallrapportering går till och hur de ska ta hand om patienten efter ett fall har inträffat. Om fallet orsakat svårare fallskada ska fallrapporten skickas till anordnarens MAS. Exempel på svårare fallskada är när patienten undersökts, behandlats eller förts till vårdcentral eller sjukhus. Även frakturer eller andra sårskador räknas också till svårare fallskador.

18.2 Nutrition

Patientgruppen kan ha flera olika behov av stöd vid problematik utifrån nutrition och felnäring.

Läkaren ansvarar för att

- Identifiera och utreda de patienter som löper risk för eller redan lider av undernäring och/eller felnäring.
- Skicka remiss till dietist eller logoped.

Sjuksköterska ansvar för att

- Löpande följa upp och identifiera patienter med näringsproblem med Mini Nutritional Assessment scale (MNA) [MNA-swedish.pdf](#)
- Förmedla behovet av vidare utredning till ansvarig läkare.
- Arbeta stödjande gentemot patienter och personal, se till att vårdplaner finns och informera andra professioner för att arbeta preventivt och stödjande.

Arbetsterapeut eller fysioterapeut ansvarar för att

- Stötta patienten i att ha kvar sina förmågor genom hjälpmedelsförskrivning
- Följa upp kroppsliga och kognitiva funktioner som är kopplade till nutrition

Dietist ansvarar för att

- Ge individuella kostråd, bedöma näringsintag, beräkna energi- och näringsbehov samt ordinera specialkost.
- Informera andra berörda professioner.
- Ordinera näringsdryck och sondnäring.
- Informera andra berörda professioner om behov finns för att tillsammans arbeta preventivt och stödjande.

Logoped ansvarar för att

- Utreda ät- och sväljsvårigheter. För detta krävs en läkarremiss.

Ansvar och rutiner på boendet/ dagliga verksamheten

- **Lokala rutiner:** Alla verksamheter ska ha rutiner för när det finns risk för undernäring eller felnäring. Rutinen ska vara väl känd för samtlig personal. Av rutinen ska det framgå när kontakt ska tas med ansvarig sjuksköterska om felnäring uppmärksammas.
- **Dokumentation:** Alla verksamheter ska dokumentera de nutritionsstödjande insatserna i patientens genomförandeplan.

- **Kost:** Alla verksamheter är ansvariga för att tillgodose patientens behov av specialkost och hjälpa patienten att inhandla sådant som patienten är i behov av.

18.3 Trycksår

Sjuksköterska ansvarar för att

- Ordinera förebyggande åtgärder vid identifierade risker för trycksår och instruerar boendets personal om genomförandet.
- Samverka med andra professioner för att tillsammans arbeta preventivt.

Arbetsterapeut eller fysioterapeut ansvarar för att

- Stötta patienten i att ha kvar sina förmågor genom hjälpmedelsförskrivning

Ansvar och rutiner på boendet/ dagliga verksamheten

- **Lokala rutiner:** Alla verksamheter ska ha rutiner för att uppmärksamma risk för trycksår eller hudskador och hur kontakt ska tas med ansvarig sjuksköterska.
- **Dokumentation:** Alla verksamheter ska dokumentera de trycksårsförebyggande insatserna i patientens genomförandeplan.
- **Avvikelse rapportering:** Alla verksamheter ska ha lokala rutiner för att rapportera nya trycksår. Verksamhetschefen ansvarar för att samtlig personal vet hur rapporteringen går till. Verksamhetschefen ansvarar även för att samtliga trycksår, avvikelse-rapporteras till omvårdnadsansvarig sjuksköterska och anordnarens MAS.

19 Rehabilitering/habilitering

Nacka kommun har ingått ett avtal med Region Stockholm för att samordna insatser inom habilitering och rehabilitering. Målet är att säkerställa att patientens behov av stöd och samordning uppfylls i enlighet med gällande lagar och föreskrifter. [Överenskommelse med Storsthlm | Vårdgivarguiden \(vardgivarguiden.se\)](#)

Nacka kommun har listat fler stödfunktioner att konsultera och få stöd av genom remiss eller egen ansökan [Habilitering och hälsa | Nacka kommun](#)

Målet med insatserna enligt överenskommelsen är att alla verksamheter ska ha ett rehabiliterande eller habiliterande förhållningssätt. Patienten ska få stöd med att i så hög grad som möjligt uppnå eller bibehålla sin självständighet. Kommunen och regionen samarbetar nära för att säkerställa samordnad vård, rehabilitering/habilitering samt effektiv informationsöverföring mellan de olika aktörerna.

Ansvar och rutiner på boendet/dagliga verksamheten

- **Lokala rutiner:** Alla verksamheter ska ha rutiner för hur patientens aktiviteter ska uppmuntras och genomföras.
- **Dokumentation:** Alla verksamheter ska dokumentera de aktiviteter som patienten behöver i genomförandeplanen.

19.1 Hjälpmedel

Förskrivs och bekostas i enlighet med gällande avtal.

19.2 Bostadsanpassning

Om ett boende/dagliga verksamheten behöver anpassas utöver normal standard ansvarar anordnaren av bostaden/dagliga verksamheten för kostnader som uppkommer.

19.3 Utbildning och handledning

Respektive anordnare för boende, daglig verksamhet och hälso- och sjukvårdsinsatser har som arbetsgivare ansvar för att utbilda och handleda sin personal i rehabiliterande/habiliterande förhållningssätt, hjälpmedel och förflyttningsteknik.

HSL-teamet kan erbjuda utbildningsinsatser inom ovan beskrivna områden.

20 Vård i livets slutskede och palliativ vård

I vård i livets slutskede är det avgörande att kommunens och regionens sjukvårdsresurser samordnas på ett optimalt sätt. För en trygg vård som beaktar fysiska, sociala, psykologiska och existentiella aspekter, samt ett respektfullt bemötande krävs samordning.

Samordningen inleds med en individuell vårdplanering som kan genomföras på boendet eller på sjukhus. Vid vårdplaneringen bör både patienten och, om samtycke finns, närstående delta. Även kontaktpersonen på boendet, den kommunala hälso- och sjukvården, biståndshandläggare, husläkare och ASIH kan bjudas in.

Sjuksköterska ansvarar för att

- Vårdplaneringen genomförs.
- Följa upp vård- och omsorgsbehovet enligt palliativa riktlinjer.
- Göra vårdplaner kända för personalen.
- Samverka och utbilda personalen som ska vårda patienten.

21 Egenvård

Lag (2022:1250) om 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.

Läkare eller annan legitimerad personal ansvarar för att

- Göra en individuell bedömning av patientens förmåga att utföra en hälso- och sjukvårdsinsats som egenvård.
- Informera boendet och lämna intyg på egenvård.

Mer information finns att läsa på:

- [Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård \(storsthlm.se\)](#)
- [Kunskapsstöd för egenvård – enligt egenvårdslagen](#)

22 Munhälsa och tandvård

Ansvar och rutiner på boendet

- **Lokala rutiner:** Alla verksamheter ska ha rutiner för hur patientens mun och tandvård ska genomföras.
- **Dokumentation:** Alla verksamheter ska dokumentera de behov av mun och tandvård som patienten behöver i genomförandeplanen.

22.1 Basal mun- och tandvård

Utgångspunkten är att den dagliga basala mun- och tandvården ska patienten klara själv eller få stöd av personal att utföra. Hur det ska utföras ska framgå i patientens genomförandeplan.

22.2 ROAG

I samband med flytt till ett boende ska patienten riskbedömas om det finns risk för ohälsa i munnen. Denna riskbedömning utförs av omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

22.3 Tandvårdsstöd

Sjuksköterskan ansvarar för att

- Upprätta och ansöka om ett tandvårdsstödsintyg för patienten.

[Tandvård för personer med funktionsnedsättning \(funktionshindersguiden.se\)](https://www.funktionshindersguiden.se/)

23 Vårdhygien och smitta

I smittskyddslagen (2004:168) 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.

Den författningssamling som finns ska efterlevas [HSLF-FS 2022:44: Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS | lagen.nu](#)

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

För information se Vårdgivarguiden

[Vårdhygien - Socialstyrelsen](#)

Vårdgivare ska samverka i vårdhygienfrågor som rör enskild patient.

Läkare ansvarar för att

- Förmedla information om smitta till sjuksköterska.
- Vid behov följa upp provsvar och omvärdera där det behövs.
- Remittera till specialistmottagning där behov finns.

Sjuksköterskan ansvarar för att

- Informera personalen på boendet/dagliga verksamheten om patienten bär på smittsam sjukdom då det krävs.

- Ta fram handlingsprogram.
- Följa upp patientens status.

Ansvar och rutiner på boendet/dagliga verksamheten

- **Lokala rutiner:** Alla verksamheter ska ha rutiner för hur basal vårdhygien ska efterlevas.
- **Dokumentation:** Alla verksamheter ska dokumentera de behov som patienten behöver i genomförandeplanen om smitta finns då det krävs.
- **Verksamhetschefen** ansvarar för att handlingsprogrammen mot smitta följs.

24 Klagomål, synpunkter och avvikelser

24.1 Brister i samverkan

Vid bristande samverkan mellan parter som ansvarar för patienten så som boendet, HSL-teamet eller läkare ska ansvarig chef omgående kontaktas. Om samverkan inte förbättras efter dialog mellan berörda chefer ska ärendet eskaleras till GSA eller KSA.

24.2 Avvikelser

Avvikelser är viktiga som underlag för att uppmärksamma organisatoriska förbättringsområden och syftar till att verksamheterna ska driva kvalitetsarbetet och patientsäkerhetsarbetet framåt. Dokumentation av fel och brister i vårdkedjan ska skriftligen sändas till part som är ansvarig för att utreda och analysera det inträffade. Svar ska därefter sändas till avsändande enhet.

Samtliga verksamheter är ansvariga för: att upprätta lokala rutiner för avvikelshantering.

Samtliga verksamheter är ansvariga för att efterfråga och ta emot, samt svara upp mot klagomål och synpunkter som kommer in från exempelvis;

- patienten
- patientens närstående
- personal
- andra vårdgivare
- andra omsorgsutförare som har kontakt med patienten
- myndighet
- föreningar, andra organisationer och intressenter.

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

Avvikelser till Nacka kommun:

Till Nacka kommun framförs klagomål och synpunkter via ett webbformulär på Nacka kommuns hemsida: www.nacka.se

Man kan även lämna synpunkter på följande sätt:

- Skicka e-post till socialtjansten@nacka.se
- Ring 08-718 80 00
- Besök stadshusets reception där det finns särskilda blanketter att fylla i.
- Skicka brev: Nacka kommun, 131 81 Nacka.

För övriga frågor och stöd för rätt kontaktuppgifter maila till kvalitetsgruppen på Nacka kommun på kos@nacka.se

Avvikelser till HSL-teamet

- Följ de lokala rutinerna för specifikt boende.

Avvikelser till vårdcentral eller annan sjukvård

Till Stockholms läns landsting framförs klagomål och synpunkter till;

- Skicka brev:
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Avd. för Närsjukvård
Box 6909
102 39 Stockholm
- Skicka e-post registrator.hsf@regionstockholm.se

Kontaktuppgifter till ansvarig chef på vårdcentralerna finns på respektive vårdcentralers hemsida.

BILAGA I



Avvikelseerapport

Verksamhet: _____

Namn: _____ Personnummer: _____

Tidpunkt (år, månad, veckodag, klockslag): _____

Typ av händelse

Läkemedelshantering

- | | |
|--|--|
| ☐ Har inblandad personal delegering | ☐ Utebliven dos |
| ☐ För mycket läkemedel | ☐ Förväxling av person |
| ☐ För liten dos | ☐ Förväxling av läkemedel |
| ☐ Förväxling av dos | |
| ☐ Annat | |

Var i läkemedelshanteringen har avvikelsen skett?

- | | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Ordination | ☐ Iordningställande | ☐ Överlämnande | ☐ Övrigt |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|

Läkemedelstyp

- | | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
| ☐ Insulin | ☐ Morfinpreparat | ☐ Psykofarmaka | ☐ Annat |
| ☐ Blodförtunnande | ☐ Syrgas | ☐ Smärtstillande | |

Dispenseringsystem

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Apoteksdisp. | ☐ Dosett | ☐ Injektion | ☐ Annat _____ |
|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

Missförhållande/övergrepp/hot och våld

- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Mellan boende | ☐ Av personal | ☐ Annat _____ |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|

Vårdkedjeproblematik

- | | |
|---|---|
| ☐ Från/till primärvården | ☐ Från/till slutenvård |
| ☐ Från/till annan | ☐ Internt socialtjänsten |

Kommentarer: _____

Medicinskteknisk produkt/Tekniskt hjälpmedel

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ Handhavande | ☐ Felaktig funktion |
|--------------------------------------|--|

Bristande omvårdnad och eller behandling

- | | |
|---|--|
| ☐ Trycksår | ☐ Kontraktur |
| ☐ Smittsam sjukdom | ☐ Ej följt ordination/vårdprogram |
| ☐ Brister i tillsyn | ☐ Brister i information (till boende och anhörig) |
| ☐ Brister i larmfunktion | ☐ Annat _____ |

Beskriv händelseförloppet och vidtagna åtgärder

Orsaker:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Bristande rutiner | ☐ Oklar ansvarsfördelning | ☐ Otillräcklig information/instruktion |
| ☐ Otillräckliga resurser | ☐ Bristande rapportering | ☐ Brister i delegeringsförfarandet |
| ☐ Brister i samverkan | ☐ Brister i dokumentationen | ☐ Felaktigt utförd |
| ☐ Materialfel | ☐ Tekniskt fel | ☐ Personalbrist |
| ☐ Övrigt: _____ | | |

Konsekvenser av det inträffade:

- | | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Ingen skada | ☐ Personskada | ☐ Läkarevård | ☐ Sjukhusvård |
| ☐ Extra tillsyn/övervakning | | | |

Kommentarer: _____

Närstående/god man informerad:

Ja ☐ Nej ☐

Rapportör: _____ Datum: _____ Telefon: _____

Ansvarig chef: _____ Datum: _____

Hälso- och sjukvårdspersonal: _____ Datum: _____

Vidtagna åtgärder av ansvarig chef

- | | |
|---|--|
| ☐ Utbildning | ☐ Information i personalgrupp |
| ☐ Återkallande av delegering | ☐ Polisanmälan |
| ☐ Organisationsförändring | ☐ Övrigt: _____ |
| ☐ Förändrade rutiner | |

Inträffade allvarliga vårdskador ska omgående rapporteras till MAR/MAS