

Äldrenämndens riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård med anvisningar

Beslutat av: Äldrenämnden

[Beslutat datum]

Diariennr. ALN 2023/8-77

Innehåll

1. Inledning	4
2. Ansvar	5
2.1. Huvudman.....	5
2.2. Vårdgivare.....	5
2.3. Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).....	6
3. RIKTLINJE 1	6
3.1. Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om.....	6
4. RIKTLINJE 2	8
4.1. Journalhantering.....	8
5. RIKTLINJE 3	9
5.1. Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift.....	9
6. RIKTLINJE 4	12
6.1. Läkemedelshantering.....	12
7. RIKTLINJE 5	14
7.1. Rapportering enligt 6 kap 4§ Patientsäkerhetslagen.....	14
8. RIKTLINJE 6	15
8.1. Kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvård när patientens tillstånd fordrar det.....	15
9. RIKTLINJE 7	16
9.1. Säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.....	16
9.2. Ansvarsfördelning inom vårdgivarens verksamhetsområde för hälso- och sjukvård.....	17
9.3. Arkivering och gallring av hälso- och sjukvårdsdokumentation.....	17
9.4. Avancerad hälso- och sjukvård och samverkan med andra aktörer.....	18
9.5. Bemanning för att säkerställa hög patientsäkerhet.....	19
9.6. Delaktighet för patient och närstående.....	19
9.7. Demens.....	20
9.8. Dödsfall och omhändertagande av avliden.....	20
9.9. Egenvård.....	21

9.10. Etiska ställningstaganden inom hälso- och sjukvårdsansvaret	22
9.11. Fallprevention.....	23
9.12. Fotvård och medicinsk fotvård	23
9.13. Hjärt- och lungräddning	24
9.14. Hygien, basala hygienrutiner, klädregler, vårdhygien, smittskydd, livsmedel och städning.....	25
9.15. Inkontinens	26
9.16. In- och utskrivning i slutenvård.....	26
9.17. Klagomål mot hälso- och sjukvården	27
9.18. Läkemedelsnära produkter.....	28
9.19. Medicintekniska produkter (MTP).....	29
9.20. Mun- och tandvård	30
9.21. Nutrition	31
9.22. Rehabilitering/habilitering.....	32
9.23. Riskbedömningar och registrering i kvalitetsregister	33
9.24. Rutiner utifrån regionala överenskommelser.....	34
9.25. Samtycke	34
9.26. Vårdplanering och samverkan på individnivå med andra aktörer.....	35
9.27. Skydds- och begränsningsåtgärder.....	36
9.28. Trycksår	37
9.29. Vård i livets slutskede/Palliativ vård	38
9.30. Svar på eventuella frågor kan sökas i följande källor	39

1. Inledning

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer skall det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. Det är endast kommun eller region som kan vara huvudman för hälso- och sjukvård. MAS-funktionen tillhör huvudmannen för kommunens hälso- och sjukvårdsansvar (SFS 2017:30). Enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen (SFS 2017:80) 4 kap. 6 §, så ska en medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt 11 kap. 4 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ansvara för att:

- Patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det
- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

Vårdgivare skall tillse att det finnas en verksamhetschef som ansvarar för hälso- och sjukvården i verksamheten, ansvaret regleras i Hälso- och sjukvårdsförordningen (SFS 2017:80).

Riktlinjerna är ett övergripande dokument som utgör ramverk och minimikrav inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. De anger inom vilka områden lokala rutiner skall finnas och anger lägsta nivå för vad som är en god och säker hälso- och sjukvård inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret.

Respektive enhet och/eller respektive vårdgivare skall ha lokala rutiner utifrån riktlinjerna. De lokala rutinerna skall vara skriftliga och beskriva vem som gör vad, när och hur. Det är kommunens MAS som avgör om de lokala rutinerna kan godkännas.

Om det finns något område, som inte omfattas av riktlinje 1-7, så ansvarar vårdgivaren för att tillämpliga rutiner finns för sådant som regleras i författningar och lagstiftning. Vid MAS avtalsuppföljningar i verksamheten är det de lokala rutinerna, samt följsamheten till dessa som granskas.

De lokala rutinerna skall, i tillämpliga fall, ha en tydlig koppling till sjuksköterskans, arbetsterapeutens, fysioterapeutens och kompetensområden. Rutinerna ska även innefatta reservrutiner och beakta att verksamheten ska kunna bedrivas under kris, extraordinära händelser och höjd beredskap.

2. Ansvar

2.1. Huvudman

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är kommunen huvudman med ansvar för att erbjuda en god kommunal hälso- och sjukvård på lika villkor. Det är endast kommun eller region som kan vara huvudman för hälso- och sjukvård.

Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret innefattar biståndsbedömd dagverksamhet/daglig verksamhet samt särskilda boendeformer för äldre personer:

Kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar innebär hälso- och sjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå vilket innebär behandling, omvårdnad, förebyggande arbete samt rehabilitering och habilitering som inte kräver sjukhusets medicinska och tekniska resurser eller särskilda kompetens. Vid tvist eller oklarheter kring vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som bedöms vara på primärvårdsnivå ska kommunens MAS rådfrågas.

För huvudmannen har MAS ett uppföljningsansvar över vårdgivarens utförande av hälso- och sjukvård. Vid uppföljningen granskas att lokala rutiner finns som följer riktlinjer med anvisningar, personalens följsamhet till gällande regelverk samt hur vårdgivaren säkerställer personalens följsamhet genom egenkontroller.

2.2. Vårdgivare

Vårdgivare är den som utför hälso- och sjukvård, vilket kan vara i kommunens egen regi eller bedrivas av privata utförare. Vårdgivare är skyldiga att bedriva hälso- och sjukvård så kraven på god och säker vård uppfylls enligt lag¹.

Vårdgivaren ansvarar för att hålla sig uppdaterad kring gällande lagstiftning, författningar, nationella riktlinjer och skapa de lokala skriftliga rutinerna som är relevanta för verksamheten.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30), Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) m.fl.

Vårdgivarens skriftliga rutiner ska anpassas efter lokala förutsättningar och tydliggöra vilka aktiviteter som ska utföras, av vem, när och hur. De lokala rutinerna ska ha en tydlig koppling till sjuksköterskans, arbetsterapeutens, fysioterapeutens samt dietistens kompetensområden. Rutinerna ska även innefatta reservrutiner och beakta att verksamheten ska kunna bedrivas under kris, extraordinära händelser och höjd beredskap.

2.3. Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska det för varje vårdgivare finnas en verksamhetschef för hälso- och sjukvård. Ansvar för verksamhetschef regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen².

Verksamhetschef har ett samlat ledningsansvar och ansvarar för att den enskildes behov av säkerhet, kontinuitet och samordning i vården tillgodoses. I det samlade ledningsansvaret ingår att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete genom att organisatoriskt planera, leda och kontrollera verksamheten. Verksamhetschef enligt HSL ska ansvara för att senast den 1 mars årligen sammanfatta arbetet i en patientsäkerhetsberättelse.

Verksamhetschef enligt HSL kan uppdra åt befattningshavare som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter. Överlåtelsen ska vara skriftlig med namngiven befattningshavare och vilka enskilda ledningsuppgifter som har överlåtits. Verksamhetschef enligt HSL har vid överlåtelse av enskilda medicinska ledningsuppgifter kvar det övergripande och samlade ledningsansvaret.

3. RIKTLINJE 1

3.1. Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om

Den kommunala hälso- och sjukvården omfattar legitimerad personal såsom sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Inom särskilda boendeformer för äldre ska det finnas tillgång till dietist. Regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs till patienter som omfattas av det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret.

² 4 kap. Hälso- och sjukvårdsförordningen (SFS 2017:80)

Vårdgivare inom den kommunala hälso- och sjukvården har ett ansvar för att bedöma och ta ställning till när insats av en läkare behövs och att patienter får den hälso- och sjukvård som en läkare har beslutat om. Vårdgivaren ansvarar vidare för att det finns den bemanning, kompetens, lokaler och utrustning som krävs för att utföra kommunal hälso- och sjukvård.

Vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet på särskilt boende för äldre ska ha samverkanöverenskommelse med en utsedd läkarorganisation

Vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet på SÄBO för äldre och ska verka för en optimal samverkan med respektive individs vårdkontakter. Detta gäller även för de patienter på särskilt boende för äldre som valt att inte lista sig hos avtalad läkarorganisation.

Respektive vårdgivare ska upprätta en rutin som säkerställer att patienten får den hälso- och sjukvård som läkare bestämt om.

Rutinen ska minst innehålla

- Beskrivning hur patienten ska få den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om.
- Hur det säkerställs att vårdgivarens hälso- och sjukvårdspersonal får väsentlig information, samt hur den kommuniceras, verkställs och dokumenteras i verksamheten, inklusive remisshantering.
- Hur kontaktuppgifter till hälso- och sjukvårdspersonal görs kända, tydliga och lättillgängliga för samtlig personal under dygnets alla timmar.
- Vem som bär ansvaret för att uppdatera kontaktlistor, telefonnummer et cetera.

I tillämpliga fall ska rutinen även innehålla

- Beskrivning av den praktiska tillämpningen av samverkansöverenskommelse med läkarorganisation på särskilt boende för äldre (SÄBO).

4. RIKTLINJE 2

4.1. Journalhantering

Vårdgivare av hälso- och sjukvård är skyldig att föra patientjournal och handha patientuppgifter i enlighet med patientdatalagen³ och Socialstyrelsens föreskrifter om journalföring⁴ samt lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

Syftet med patientjournalen är bland annat att bidra till en god och säker vård för patienten, vara en informationskälla för tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag samt forskning.

Patientjournalen har olika funktioner och skall spegla innehållet i de viktigaste delarna i vården och följa Socialstyrelsens nationella informationsstruktur, NI. Vårdprocessens olika steg omfattas enligt NI av följande steg: a) ta emot vårdbegäran, b) bedöma behov av utredning c) utredning d) bedöma behov av åtgärder e) åtgärder samt f) uppföljning.

Genom ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren säkerställa att dokumenterade personuppgifter är åtkomliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet), att personuppgifterna är oförvanskade (riktiga), att obehöriga inte kan ta del av personuppgifterna (sekretess) samt att åtgärder kan härledas till en användare i system som är helt eller delvis automatiserade (spårbarhet).

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska föra patientjournal. Journalen ska innehålla väsentliga uppgifter för en god och säker vård samt vara tydligt och strukturerat skriven. Patientjournalen ska vara sammanhållen.

Vårdgivare ska upprätta skriftliga lokala rutiner utifrån riktlinjen.

Respektive vårdgivare ska upprätta en rutin kring hur journaler ska föras i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen. Vårdgivaren ansvarar även för datasäkerhet och informationssäkerhet.

Rutinen ska minst innehålla

- Beskrivning av hur dokumentationen ska utformas och för att uppfylla kraven i gällande lagstiftning, till exempel patientdatalagen.

³ Patientdatalagen (SFS 2008:355)

⁴ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)

⁵ Lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation 2022:913

- Hur patientens rättigheter, enligt patientdatalagen, ska tillgodoses och dokumenteras, till exempel vilken information patienten fått och vilka val patienten gjort, patientens samtycke och patientens delaktighet.
- Hur vårdgivaren säkerställer att kraven på tillgänglighet, riktighet, sekretess och spårbarhet är tillgodosedda.
- Beskrivning av hur man arbetar utifrån lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.
- Beskrivning av hur journalföring och tillgång till journal vid eventuella driftstopp samt beaktande av övriga säkerhetsaspekter och krav enligt patientdatalagen, till exempel skydd mot brand, fukt eller obehörig tillgång ska tillgodoses.
- Beskrivning av hur loggkontroller ska genomföras.
- Beskrivning av hur behörigheter delas ut, förändras, tas bort och regelbundet följs upp.
- Beskrivning av hur innehållet i HSLF-FS:40, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, verkställs hos vårdgivaren.
- Beskrivning av hur vårdgivaren definierar och tillämpar stark autentisering.
- Beskrivning av arkivering och gallring.

5. RIKTLINJE 3

5.1. Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift

Hälso- och sjukvård kan tillämpas på två olika sätt, antingen genom att ansvaret för utförandet vilar hos legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller att utförandet vilar hos den enskilde patienten genom egenvård. Legitimerad personal kan överlåta en eller flera arbetsuppgifter till någon annan genom beslut om att delegera utförandet. Det är endast legitimerad (formellt behörig) personal som kan delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter. Praktiska och teoretiska kunskapstester i samband med delegeringsbeslut ska utföras individuellt (inte i grupp).

Om någon annan person skall assistera vid egenvård så skall ett beslut om egenvård fattas⁵. Vårdgivaren skall ha en särskild rutin kring egenvård. (Läs mer under riktlinje 7, Egenvård)

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, HSLF-FS 2017:37 9 kap § 7-8, tillkommer ytterligare krav kring delegering av läkemedelshantering.

Vårdgivaren skall bedöma patientsäkerheten utifrån verksamhetens förutsättningar när det gäller hur delegeringsprocessen ska se ut till exempel kring vad som kan delegeras, krav på erfarenhet och kunskaper et cetera.

Personal som tar emot en delegering är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal vid utförande av den specifika arbetsuppgiften. Utfärdare av delegering och mottagarens chef ska samverka kring bedömning av uppfyllda krav och lämplighet för mottagare att ta emot delegering. Delegering ska endast ges för de uppgifter som förekommer i verksamheten vid tidpunkt för delegeringsbeslutet.

Legitimerad personal som utfärdat ett delegeringsbeslut ska följa upp hur den enskilde mottagaren utför uppgiften under giltighetstiden (teoretiska frågor och praktiskt utförande) samt dokumentera uppföljningarna.

Gällande delegeringsbeslut ska finnas tillgängliga tillsammans med skriftliga kunskapstester, uppgifter om mottagarens utbildning och tidigare erfarenheter samt uppföljningar av utfärdaren. Vårdgivaren ska ha sammanställning över aktuella delegeringsbeslut. Kommunens MAS ska vid begäran få tillgång till sammanställningar och delegeringsbeslut.

Studenter under utbildning till sjuksköterska och de som praktiserar för att få svensk legitimation kan handledas men inte delegeras medicinska arbetsuppgifter.

Vårdgivaren ska utifrån riktlinjerna samt Socialstyrelsens föreskrifter om delegering⁶ och läkemedelshantering⁷ upprätta lokala rutiner om delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

⁵ Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6)

⁶ Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14)

⁷ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37)

Rutinen ska minst innehålla

- Vilka förutsättningar som är godtagbara för den som ska delegera samt för den som ska ta emot en delegering, exempelvis anställningslängd, utbildning och erfarenhet.
- Beskrivning av vem som får delegera till vem.
- Beskrivning av hur delegeringsprocessen är utformad.
- Hur dokumentation av den delegerades kunskaper kring läkemedelshantering ska ske.
- Beskrivning av hur delegeringsbeslut ska dokumenteras och förvaras.
- Hur delegeringsbeslut ska sammanställas för statistik och information exempelvis till MAS.
- Hur uppföljning och omprövning av beslut ska ske.
- Hur, när och varför återkallelse av delegeringsbeslut ska ske, samt vem/vilka som har rätt att återkalla ett beslut om att delegera en hälso- och sjukvårdsuppgift.
- Beskrivning av processen kring när ett delegeringsbeslut upphör och eventuellt behöver förnyas.
- Beskrivning av hur överenskommelser och bestämmelser kring delegering över vårdgivar- eller verksamhetsgränser ska utformas.
- Förfarande vid brist på personal med delegering.
- Tillvägagångssätt när studenter som har verksamhetsförlagd utbildning eller personer som gör praktisk tjänstgöring i syfte att få svensk legitimation som sjuksköterska ska iordningställa, administrera eller överlämna läkemedel till patient.
- Hur vårdgivaren säkerställer spårbarhet av signaturer/signaturförtydligande.
- Beskrivning av vilka uppgifter som inte behöver delegeras.
- Vilka uppgifter som bara kan delegeras till enskild patient.
- Vilka uppgifter som kan delegeras på enhets eller verksamhetsnivå.
- Beskrivning av hur en delegering upphör omedelbart när antingen den delegerande legitimerade personalen eller den delegerade personalen avslutar sin anställning.

Uppgifter som i normalfallet inte ska delegeras

Nedanstående punkter är sådana arbetsuppgifter som inte ska delegeras, annat än när särskilda skäl föreligger. Om delegering av dessa uppgifter av olika skäl är nödvändiga så ska huvudmannens MAS informeras och godkänna förfarandet och villkoren innan delegeringen börjar gälla

- medicinska bedömningar av hälsotillståndet
- dispensering av läkemedel, till exempel dosettindelning
- intravenösa och intramuskulära injektioner
- behandlingar vid instabilt hälsotillstånd, till exempel diabetes, KOL eller andra tillstånd som kräver analys av värden eller bedömning av hälsotillstånd för att avgöra dosen.

6. RIKTLINJE 4

6.1. Läkemedelshantering

Med läkemedelshantering avses ordination vilket innefattar läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse, iordningställande, administrering/överlämnande, rekvisition och beställning av läkemedel, kontroll (till exempel av narkotika) och förvaring av läkemedel.

Vårdgivaren är skyldig enligt patientsäkerhetsförordningen att hantera läkemedel på ett betryggande sätt och följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd kring läkemedelshantering⁸.

Vårdgivarens rutiner och instruktioner ska belysa patientsäkerheten, i alla led i läkemedelshantering, från ordination till uppföljning av patientens läkemedelsbehandling. Hanteringen av läkemedel ska vara dokumenterat och spårbart i alla led. Det ska tydligt framgå ansvars- och arbetsfördelning gällande de olika uppgifterna (vem, vad, när och hur)⁹.

Vårdgivaren ska regelbundet låta en extern aktör granska kvaliteten i verksamhetens läkemedelshantering¹⁰, granskningen bör ske minst en gång per år. Eventuella brister

⁸ Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap 1§

⁹ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37)

¹⁰ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS-2017:37) 4 kap 3§

som framkommer ska åtgärdas omgående. Granskningsrapporten ska delges kommunens MAS.

Vårdgivarens rutiner ska belysa patientsäkerheten, i alla led i läkemedelshanteringen, från ordination till uppföljning av patientens läkemedelsbehandling.

Rutinen ska minst innehålla

- Beskrivning av hur läkemedelshanteringsprocessen är utformad hos vårdgivaren.
- Beskrivning av hur ansvars- och arbetsfördelning gällande de olika momenten i läkemedelshanteringsprocessen är utformad.
- Hur kontroller vid iordningställande och administrering/överlämnande av läkemedel ska ske.
- Beskrivning av krav som finns på uppmärkning av läkemedel när det förbereds till patient, för att undvika risk för förväxling.
- Hur en rimlighetsbedömning av dosen ska göras. Den som iordningställer ett läkemedel utifrån läkarens ordination har ansvar för att göra en rimlighetsbedömning av om dosen stämmer.
- Hur mottagande, verkställande och dokumentation, av given ordination ska ske i verksamheten.
- Vilka beståndsdelar som ingår i vårdgivarens läkemedelshantering samt hur läkemedelshanteringen ska gå till, och vem som ansvarar för vad.
- I förekommande fall ansvarsfördelning och hantering av kommunalt läkemedelsförråd.

Personal med förskrivningsrätt

För den vårdgivare som har personal med förskrivningsrätt ska rutinen även innefatta hur behovsbedömning och lämplighetsbedömning vid ordination ska göras, där man bland annat väger in de diagnoser patienten har och eventuellt redan pågående behandling. När läkemedel ska ordinerats till barn ställs särskilda krav på säkerheten.

7. RIKTLINJE 5

7.1. Rapportering enligt 6 kap 4§ Patientsäkerhetslagen

Enligt Patientsäkerhetslagen¹¹ är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det ska ske genom att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patient drabbas av en vårdskada, utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, samt ge patienter och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Vårdgivaren är vidare skyldig att till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada¹².

Vårdgivaren ska i händelse av utredning om allvarlig vårdskada omgående informera kommunens MAS som utifrån rapport om händelse kan besluta om att inleda en egen utredning. En sådan utredning undantar inte vårdgivaren dennes ansvar att fullfölja sin egen utredningsskyldighet.

Vårdgivaren ska upprätta rutiner utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete¹³. Hantering av avvikelser ska vara dokumenterad och spårbar.

Vårdgivaren ska upprätta rutiner utifrån, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete¹⁴, samt Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört, eller hade kunnat medföra, en allvarlig vårdskada, Lex Maria¹⁵.

Rutinen ska minst innehålla uppgifter om

- Vem som ska rapportera
- Hur rapporteringen ska göras

¹¹ Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) 3 kap

¹² Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) 3 kap

¹³ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40)

¹⁴ (HSLF-FS 2017:40)

¹⁵ IVO s föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (HSLF-FS 2017:41)

- Hur och när kommunens MAS ska informeras
- Vem som ska ta emot rapporten
- Hur och när rapporten ska handläggas och bedömas
- Vem/vilka som ska handlägga och/eller bedöma rapporten
- Hur bedömning av allvarlighetsgrad och risk för upprepning ska göras
- Vem/vilka som ska fatta beslut om allvarlighetsgrad, åtgärder et cetera
- Vem som ska upprätta eventuell anmälan till IVO om allvarlig vårdskada
- Hur och när patienten och anhöriga ska involveras och informeras
- Vilka övriga parter, medarbetare och berörda som ska informeras
- Hur återföring av nya kunskaper ska ske

8. RIKTLINJE 6

8.1. Kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvård när patientens tillstånd fordrar det

Enligt Patientsäkerhetslagen¹⁶ och Hälso- och sjukvårdsförordningen¹⁷ ska patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Vårdgivaren ska säkerställa att det i verksamheten finns rutiner för hur kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvård sker när patientens tillstånd fordrar det. Rutinerna ska vara kända, lätt åtkomliga, ändamålsenliga och ska tillämpas av personalen i det praktiska arbetet.

Kontaktuppgifter till läkare och sjuksköterska dygnet runt veckans alla dagar ska finnas lätt tillgängliga för all berörd personal i verksamheten.

Vårdgivaren ska säkerställa att det i verksamheten finns rutiner för hur kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvård sker när patientens tillstånd fordrar det.

Vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner för

- kontakt med läkare dygnet runt

¹⁶ Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659)

¹⁷ Hälso- och sjukvårdsförordningen (SFS 2017:80)

- personalens kontakt med tjänstgörande sjuksköterska dygnet runt
- personalens kontakt med arbetsterapeut/fysioterapeut
- personalens kontakt med dietist
- personalens kontakt med fotsjukvård
- personalens kontakt med logoped
- kommunikationsmodell, till exempel SBAR, mellan olika professioner

Rutinen ska minst innefatta

- Vem som ska kontakta vem
- Under vilka förutsättningar kontakt ska ske, till exempel akuta tillstånd, hälsoförändringar et cetera
- Vad som ska informeras om, och till vem, exempelvis information från läkarbesök, joursköterska et cetera
- Hur kontakter och information ska dokumenteras
- Hur kontakten ska ske
- Vem som bär ansvaret för olika bedömningar och åtgärder
- Vem som bär ansvaret för att uppdatera kontaktlistor, telefonnummer et cetera
- Övriga omständigheter av betydelse som behövs för att säkra kommunikationen mellan vårdgivare

9. RIKTLINJE 7

9.1. Säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet

För att säkerställa en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård ska vårdgivaren upprätta rutiner utifrån gällande lagstiftning, författningar och nationella riktlinjer för nedan angivna områden:

9.2. Ansvarsfördelning inom vårdgivarens verksamhetsområde för hälso- och sjukvård

Vårdgivaren ska ha en skriftlig rutin för hur ansvaret är fördelat mellan verksamhetschef, enhetschef, legitimerad personal och delegerad personal gällande den hälso- och sjukvård som bedrivs inom vårdgivarens ansvarsområde. Rutinen för ansvarsfördelning kan med fördel bakas in i övriga rutiner, där ansvarsfördelningen beskrivs utifrån respektive rutins område. Det kan också vara en fördel att göra en sammanställning av vad respektive funktion har för olika ansvar inom olika hälso- och sjukvårdsområden. Vårdgivaren ska ta fram en rutin som tydliggör ansvarsfördelningen i den egna verksamheten och som säkerställer en god och säker vård.

Rutinen ska minst omfatta

- Vem som ansvarar för att information om respektive rutin, och nya kunskaper inom det aktuella området, sprids på ett ändamålsenligt sätt
- Vem som ansvarar för att fortlöpande uppdatera vårdgivarens rutiner så att de är aktuella
- Vem som ansvarar för att följa upp att rutinerna följs i den egna verksamheten

9.3. Arkivering och gallring av hälso- och sjukvårdsdokumentation

Vårdgivaren ska ha en skriftlig rutin för hur hälso- och sjukvårdsdokumentationen ska arkiveras och gallras. Dokumentationen bör betraktas som en del av det nationella kulturarvet. Vårdgivaren ska ta fram en rutin som säkerställer en korrekt arkivering och gallring av hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Rutinen ska minst omfatta

- Hur vårdgivarens arkiv ska bevaras, hållas ordnade och vårdas så att de tillgodoser
 - rätten att ta del av allmänna handlingar
 - behovet av information för rättskipningen och förvaltningen
 - forskningens behov
- Hur vårdgivaren ska svara för vården av sitt arkiv så att vederbörlig hänsyn till dess betydelse för en ändamålsenlig arkivering samt vilka metoder och material

som används vid framställning av handlingar som säkerställer arkivbeständighet.

- I arkivvården ingår att
 - Organisera arkivet på ett sådant sätt att rätten att ta del av allmänna handlingar underlättas
 - Upprätta dels en arkivbeskrivning som ger information om vilka slag av handlingar som kan finnas i myndighetens arkiv och hur arkivet är organiserat, dels en systematisk arkivförteckning
 - Skydda arkivet mot förstörelse, skada, tillgrepp och obehörig åtkomst
 - Avgränsa arkivet genom att fastställa vilka handlingar som skall vara arkivhandlingar
 - Verkställa föreskriven gallring i arkivet.

9.4. Avancerad hälso- och sjukvård och samverkan med andra aktörer

I takt med utveckling av ny teknik och nya kunskaper i kombination med förändrade krav så blir det allt vanligare med att den kommunala hälso- och sjukvården måste klara av olika arbetsuppgifter som kategoriseras som avancerade. Kommunen har det yttersta ansvaret att individen får den vård och omsorg som behövs.

Vårdgivaren har ett långtgående ansvar att säkerställa att kompetens, utrustning och lokaler anpassas utifrån de behov som ska tillgodoses i verksamheten. Grundprincipen är att alla ska kunna bo på ett särskilt boende oavsett svårighetsgrad gällande hälso- och sjukvård. Behov av utbildning och stöd kan remitteras till exempelvis avancerad sjukvård i hemmet, ASIH, eller att personal kan få utbildning och träning på sjukhuset.

Vårdgivaren behöver göra riskbedömningar kring vilka arbetsuppgifter som kan utföras på ett säkert sätt på enheten, utifrån tillgänglig kompetens och bemanning.

Vårdgivaren ska kunna presentera en beskrivning och motivering av vilka arbetsuppgifter som inte kan utföras på ett säkert sätt. Vårdgivarens ställningstagande måste kommuniceras och ställas i samklang med andra berörda aktörer som till exempel biståndsbedömare, ASIH-utförare, berörd läkarorganisation, vårdcentral. Vårdgivaren bör ha en plan för utveckling av framtida kompetensförsörjning för att kunna utföra mer avancerad hälso- och sjukvård på ett tryggt och säkert sätt utifrån de behov som identifierats i den aktuella verksamheten.

Vårdgivaren ska ta fram en rutin som tydliggör likheter och skillnader mellan basal och avancerad hälso- och sjukvård i den egna verksamheten.

Rutinen ska minst omfatta

- Kartläggning av vilka aktörer som är berörda.
- Kriterier för hur riskbedömningen ska genomföras.
- Plan för kontakt och kommunikation med biståndsbedömare innan en plats beviljas för en patient med behov av avancerad hälso- och sjukvård.

9.5. Bemanning för att säkerställa hög patientsäkerhet

Gällande lagstiftning och avtal ställer krav på patientsäkerhet. Vårdgivaren ska ha en tillräcklig bemanning för att tillgodose de hälso- och sjukvårdsbehov som finns hos respektive patient i vårdgivarens verksamhet. Verksamheten ska planeras utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv och vårdgivaren ska säkerställa bemanningen.

Rutinen ska minst omfatta

- Tillvägagångssätt, kommunikationsvägar och ansvarsfördelning när hälso- och sjukvårdspersonal bedömer att patientsäkerheten är hotad.
- Hur vårdgivaren säkerställer att den kompetens som finns på enheten används på ett effektivt och patientsäkert sätt.
- Prioritering av arbetsuppgifter och ansvar vid oplanerad frånvaro/minskad personalstyrka.

9.6. Delaktighet för patient och närstående

Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta¹⁸.

Vårdgivarens bedömningar kring delaktighet för patient, anhöriga med mera ska alltid finnas dokumenterad i patientens journal.

¹⁸ Patientlag (2014:821)

Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer en god och hög delaktighet för patienten och dennes närstående.

Rutinen ska minst omfatta

- Vägledning kring hur delaktighetsperspektivet ska dokumenteras.
- Konkretisering av vad delaktighet innebär i vårdgivarens verksamhet.
- Handlungsplan och kommunikationsplan för att kunna bemöta krav och beteenden som ligger utanför det som kan betraktas som hanterbar och gängse norm.

9.7. Demens

Vårdgivaren ska följa socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom och de tillgängliga kunskapsstöd som är aktuella. Vårdgivarens rutiner ska även innefatta sådant som framgår av den nationella strategin för demensområdet. Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer en god och säker demensvård.

Rutinen ska minst omfatta

- Hur vårdgivaren arbetar med olika kvalitetsregister samt hur resultat från dessa kopplas till det arbete som bedrivs på enheten, till exempel kvalitetsregister över beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD, och svenska demensregistret, Svedem.
- Hur samverkan mellan sjukvård och socialtjänst sker.
- Hur personalen har tillräcklig kunskap och kompetens för att vårda personer med demenssjukdom.
- Hur samverkan med och delaktighet för anhöriga och närstående sker.
- Hur vårdgivaren samverkar med andra vårdaktörer i samband med demensutredning.

9.8. Dödsfall och omhändertagande av avliden

Omhändertagande av patienter som avlidit ska ske med stor respekt för den avlidne och med hänsyn till den avlidnes efterlevande. Omhändertagandet ska ske i enlighet med gällande författningar och policydokument. Kommunen är som huvudman skyldig att ansvara för transport och förvaring av avlidna och reglerar detta i sina avtal med respektive utförare. Den avlidne ska vara omhändertagen och iordningställd inför

transport till bårhuset i enlighet med den handbok som författas av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm.

Vårdgivaren ska upprätta en rutin för att säkerställa ett korrekt och värdigt omhändertagande i samband med dödsfall.

Rutinen ska minst omfatta

- Vem som gör vad i samband med dödsfall.
- Beskrivning av omhändertagande, förvaring och transport utifrån olika scenarier.
- Tillvägagångssätt vid oförväntat dödsfall relaterat till patientens hälsotillstånd.
- Tillvägagångssätt vid oförväntat dödsfall där misstanke om brott föreligger.
- Tillvägagångssätt vid förväntat dödsfall.
- Information och bemötande av eventuellt närvarande personer samt övriga närstående och berörda, till exempel anhöriga och medboende.
- Hur transport och förvaring av avliden ska ske.

9.9. Egenvård

Med egenvård menas när någon inom hälso- och sjukvården har bedömt att en person själv eller med hjälp av någon annan kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd²⁰, nedan kallad assisterad egenvård. Egenvårdsbedömningen i sig är att betrakta som hälso- och sjukvård, medan en arbetsuppgift som utförs som egenvård inte är att betrakta som hälso- och sjukvård.

Egenvård förutsätter att patienten som ska ansvara för sin egenvård har tillräcklig besluts- och kommunikationsförmåga för att kunna tillgodogöra sig instruktioner, göra riskbedömningar och instruera andra om hur egenvårdsåtgärden ska utföras. Vid behov ska den personal som ska utföra assisterad egenvård få utbildning och träning av vårdgivaren, för att kunna bedöma risker och värdera de instruktioner som patienten ger. Syftet med detta är att personal som utför assisterad egenvård ska kunna rapportera till vårdgivaren om säkerheten kring egenvården brister.

Egenvårdsföreskriften ställer krav på att vårdgivaren gör individuella bedömningar

- Analyserar riskerna
- Samråder och planerar med dem som berörs
- Gör nya bedömningar om förutsättningarna ändras

- Fastställer rutiner för samarbetet med andra aktörer, till exempel skola, hemtjänst, personlig assistent.
- Säkerställer att ledningssystemet innehåller rutiner för egenvård.

Vårdgivaren ska upprätta en rutin för att säkerställa patientsäkerheten i samband med egenvård.

Rutinen ska minst omfatta

- Hur egenvårdsföreskriftens olika krav tillgodoses.
- Hur vårdgivaren avser att samverka med utföraren som ska assistera egenvården.
- Hur vårdgivaren kommer att säkerställa att personal som ska utföra assisterad egenvård har kännedom och träning i den arbetsuppgift som ska utföras.
- Hur vårdgivaren säkerställer att egenvården fungerar på ett säkert och ändamålsenligt sätt.
- Ställningstagande till eventuell signering/dokumentation av genomförd egenvårdsinsats.

9.10. Etiska ställningstaganden inom hälso- och sjukvårdsansvaret

Arbete inom hälso- och sjukvård innebär ofta olika etiska dilemman som är svåra att ta ställning till för den enskilde yrkesutövaren, i en direkt vårdsituation. Vårdgivaren ska ta fram en gemensam etisk plattform som all berörd personal utbildas i, för att få verktyg att hantera de olika etiska problem som kan uppstå i verksamheten, för att undvika och förebygga etisk stress eller samvetsstress. Detta kan med fördel vävas ihop med vårdgivarens värdegrundsarbete och val av etiska principer, till exempel nyttoetik, rättviseetik eller autonomi. Fler exempel kan hämtas från International Council of Nurses, ICN, etiska koder för sjuksköterskor.

Vårdgivaren ska upprätta en rutin för att kunna hantera de olika etiska frågor som verksamheten möter.

Rutinen ska minst omfatta

- Hur vårdgivarens värdegrund med koppling till praktiskt genomförande är utformad.
- Hur etiska prioriteringar bör göras inom vårdgivarens ansvarsområde.

- Hur vårdgivaren arbetar med forum för reflektion och stöd vid etiska dilemman.
- Hur vårdgivare tar ställning till olika etiska aspekter vid eventuella behandlingsbegränsningar.

9.11. Fallprevention

Fallolyckor är en av de vanligaste orsakerna till vårdskador. Med förebyggande insatser kan många fallolyckor förhindras. Vårdgivaren ska upprätta en rutin för att förhindra fallolyckor och mildra konsekvenserna av fall.

Rutinen ska minst omfatta

- Hur vårdgivarens organisation och ansvarsfördelning gällande fallpreventivt arbete är utformad.
- Beskrivning av hur samverkan med andra aktörer, till exempel läkare kring fallprevention sker.
- Hur vårdgivarens definitioner av fall och fallpreventivt arbete ser ut.
- Hur vårdgivarens åtgärder i samband med fallhändelse utarbetas.
- Hur vårdgivarens ansvarsfördelning i samband med fallhändelse är utformad.
- Redovisning av hur statistik förs hos vårdgivaren som berör det fallpreventiva arbetet, handläggning, bedömning av; allvarlighetsgrad och risk för upprepning, beskrivning av konsekvenser samt vilka åtgärder som vidtagits i samband med fallhändelse.

9.12. Fotvård och medicinsk fotvård

Välståndande fötter som är välskötta underlättar rörelse och hälsa. Det finns två varianter som har olika syften och där ansvaret finns i två olika lagrum.

Fotvård

Fotvård som syftar till att ge fötterna daglig omsorg, pedikyr eller behandling som inte syftar till att behandla sjukdom, eller symtom på sjukdom i foten, är att betrakta som individens eget ansvar eller ett socialtjänstansvar. Dvs ”vanlig” fotvård som ingår i den dagliga omsorgen och personliga hygien. I viss mån kan rutinen kring sådan skötsel även omfatta handvård och nagelvård på handen.

Medicinsk fotvård

Medicinsk fotsjukvård är att betrakta som hälso- och sjukvård och innebär att förebygga och behandla fotskador hos patienter med sjukdomar som har ¹⁹

- Diabetes typ 1 och typ 2 där det finns risk för fotkomplikationer
- Cirkulationsrubbingar där det kan bli sårbildningar
- Grava fotproblem som skett på grund av reumatiska, ortopediska och neurologiska sjukdomar
- Andra fotsjukvårdsfall av tydlig medicinsk natur

Då medicinsk fotsjukvård ombesörjs via huvudmannens försorg, så ska det framgå av vårdgivarens rutiner vilka avtal och överenskommelser som styr den medicinskt fotsjukvårdande verksamheten.

Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer en god och säker fotsjukvård.

Rutinen ska minst omfatta

- Krav på kompetens kring vem som får utföra medicinsk fotsjukvård.
- Rutiner för skrivande av remiss eller beställning av medicinsk fotsjukvård.

Vårdgivarens definitioner av medicinsk fotsjukvård, riskgrupper och tänkta frekvenser av fotsjukvårdsbehandling utifrån olika scenario.

9.13. Hjärt- och lungräddning

Hjärt- och lungräddning, HLR, är en akut åtgärd vid plötsligt hjärtstopp eller andningsstopp. Vid ett icke förväntat hjärtstopp bör omgående HLR- påbörjas. För patienter med ett långt liv i hög ålder eller med svår kronisk sjukdom som inte är botbar, kan det sedan tidigare beslutats om behandlingsriktlinjer som säger att HLR inte skall påbörjas²⁰.

Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer adekvata åtgärder i samband med hjärtstopp eller andningsstopp.

Rutinen ska minst omfatta

- Vårdgivarens ställningstagande kring personalens HLR-kompetens.

¹⁹ Vårdguiden Region Stockholm 2021

²⁰ HLR-rådets etiska riktlinjer för hjärtlungräddning (HLR) 2021

- Vårdgivarens ställningstagande till användning av hjärtstartare i verksamheten samt rutiner kring hjärtstartare, om sådan finns i verksamheten, och ska användas av personal.
- Handlingsplan vid hjärtstopp/andningsstopp för patient utan behandlingsbegränsning.
- Rutin för dokumentation och kommunikation till berörda av ställningstagande till behandlingsbegränsningar.

9.14. Hygien, basala hygienrutiner, klädregler, vårdhygien, smittskydd, livsmedel och städning

Följsamhet till gällande rutiner och behandlingsprogram är en förutsättning för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Vårdgivaren ska följa socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg samt de riktlinjer och handlingsprogram som finns hos Vårdhygien i Region Stockholm.

Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer en god hygienisk standard och en god och säker vård med minimal risk för spridning av smitta.

Rutinen ska minst omfatta

- Hur tydlig ansvarsfördelning för det vårdhygieniska arbetet och följsamhet till behandlingsprogram för smittsamma sjukdomar utformas.
- Hur verksamheten följer upp och säkerställer att basala hygienrutiner tillämpas genom egenkontroller och hygienronder med hygiensjuksköterska.
- Hur förbrukningsartiklar, personalkläder och utrustning finns tillgängliga så att personalen kan följa kraven på följsamhet till basala hygienrutiner.
- Hur förutsättningar för personalen att arbeta enligt basala hygienrutiner säkerställs.
- Hur berörd personal får kunskap om och i det dagliga arbetet praktiserar, basala hygienrutiner.
- Hur spridning av vårdrelaterade infektioner förebyggs och förhindras.
- Hur berörd personal får kunskap om och var aktuell information finns att hämta om basala hygienrutiner och behandlingsprogram för smittsamma sjukdomar.

Samt:

- Hygienregler vid livsmedelshantering.
- Hygienregler vid städning och rengöring av ytor.
- Hygienregler vid förekomst av husdjur i verksamheten.

9.15. Inkontinens

Läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och barnmorskor är behöriga att förskriva förbrukningsartiklar som används vid bland annat urinkontinens och urinretention.

Arbetet med utredning, behandling, ordination, dokumentation och utvärdering av inkontinens skall vila på medicinska grunder samt följa gällande författningar. Alla utredningar ska involvera såväl patient, närstående som det professionella teamet. Ordination av inkontinenshjälpmedel får aldrig ersätta utredning och behandling av bakomliggande orsaker. I förskrivningsrätten ingår även ansvar för att rätt hjälpmedel förskrivs till rätt person i rätt mängd och till rätt pris. Förskrivning ska därför alltid föregås av noggrann utprovning och bedömning.

Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer en god och säker inkontinensvård.

Rutinen ska minst omfatta

- Hur individuell bedömning av förmåga att kontrollera och tömma tarm och urinblåsa ska göras.
- Hur vårdgivaren säkerställer att patienten får korrekt diagnos för sina inkontinensproblem.
- Hur dokumentation och upprättande av vårdplaner vid inkontinensproblem ska göras.
- Hur och av vem förskrivning och individuell utprovning av inkontinensskydd ska göras.
- Hur och när uppföljning och utvärdering av förskrivna produkter och dokumenterade vårdplaner ska ske.
- Hur skötsel och hantering av kvarvarande urinkateter, KAD ska kvalitetssäkras.

9.16. In- och utskrivning i slutenvård

Den 1 januari 2018 trädde lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård i kraft. Enligt den nya lagen får kommuner och landsting komma överens om vad som ska gälla i samband med in- och utskrivning från slutenvård.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Region Stockholm och Storsthlm, medlemsorganisation för kommunerna i Stockholms län, har 2018 antagit en överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutenvården (LUS). Överenskommelsen handlar om att övergången från den slutna vården på sjukhus till fortsatt vård i patientens egna hem, eller på särskilt boende, ska bli så trygg, säker och effektiv som möjligt.

Kommunerna i den norra delen av Stockholm har tillsammans med Danderyds sjukhus kommit överens om en gemensam blankett för informationsöverföring. Denna blankett ska användas av alla vårdgivare när en patient skickas från en kommunalt finansierad verksamhet till akutmottagning eller sjukhus.

Vårdgivaren ska ta fram en rutin som beskriver vårdgivarens ansvarsfördelning och processer i samband med in- och utskrivning i slutenvård.

Rutinen ska minst innehålla

- Hur vårdgivaren säkerställer att berörd personal får kännedom om den länsgemensamma riktlinjen samt de två tillhörande rutinerna för utskrivning från somatisk slutenvård respektive psykiatrisk heldygnsvård.
- Hur vårdgivaren säkerställer att processen för den enskilde patienten, i samband med in- och utskrivning i slutenvård, följer den gemensamma riktlinjen och rutinerna.
- Ansvarsfördelning inom vårdgivarens verksamhet gällande in- och utskrivningsprocessen.
- Hur informationsöverföring med annan vårdgivare ska säkerställas och dokumenteras.
- Hur vårdgivaren säkerställer att rätt blankett för informationsöverföring används när patienten skickas till akutmottagning eller annan vårdenhet på sjukhus.

9.17. Klagomål mot hälso- och sjukvården

En patient kan klaga på hälsovården och sjukvården²¹. Patienten eller dennes närstående/företrädare ska först prata med personalen eller chefen där vården gavs. Patienten eller dennes närstående/företrädare kan också få stöd av patientnämnden där man bor. Vissa allvarliga händelser kan anmälas till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Vårdgivaren ska vägleda/hjälpa patienten eller dennes

²¹ Patientlagen (2014:821)

närstående/företrädare att framföra klagomål både till den egna verksamheten, och till annan vårdgivare.

Vårdgivaren ska upprätta en rutin för hur klagomål ska hanteras inom den egna verksamheten samt hur information ska nå samtliga berörda om möjligheterna för patienten eller dennes närstående/företrädare att framföra klagomål.

Rutinen ska minst innehålla

- Vilka kontaktvägar och sätt som finns för patienten eller dennes närstående/företrädare att framföra klagomål i den egna verksamheten.
- Vilka kontaktvägar och sätt för patienten eller dennes närstående/företrädare som finns för att framföra klagomål till annan vårdgivare.
- Hur klagomål ska besvaras och utredas.
- Hur och till vilka svar/återkoppling ska ske efter genomförd utredning.
- Vilka tillvägagångssätt som finns om patienten eller dennes närstående/företrädare inte är nöjd med svaret/återkopplingen eller innehållet i utredningen.

9.18. Läkemedelsnära produkter

I läkemedelsnära produkter ingår förbrukningsartiklar för diabetes, inkontinens blås- och tarmdysfunktion, nutrition och stomi, dvs medicintekniska produkter som behövs för att tillföra kroppen läkemedel och som behövs för egenkontroll av medicinering samt för stomivård.

Det finns en länsgemensam överenskommelse för hjälpmedel och läkemedelsnära produkter som reglerar kostnadsansvaret mellan kommunerna och Region Stockholm i Stockholms län. Överenskommelsen gäller all hälso- och sjukvård där kommunerna är hälso- och sjukvårdshuvudman.

Vårdgivaren ska upprätta rutin för hantering, beställning och förvaring av läkemedelsnära produkter samt ansvarsfördelning. Rutinen ska anpassas efter hur avtalet mellan huvudmannen och vårdgivaren är formulerat och utformat.

Rutinen ska minst innehålla

- Beskrivning av hur beställning av läkemedelsnära produkter ska ske.
- Beskrivning av förskrivningen av läkemedelsnära produkter till enskild patient ska ske samt hur förskrivningen ska dokumentera.

- Beskrivning av hur ansvarsfördelning gällande hantering och förvaring av läkemedelsnära produkter är utformad.
- Beskrivning av vilka säkerhetskontroller som ska utföras i samband med att respektive produkt ska användas.

9.19. Medicintekniska produkter (MTP)

Med hjälpmedel avses de medicintekniska produkter, som kräver hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens för bedömning och utprovning och som är avsedda att kompensera förlorad funktion, förbättra nedsatt funktion eller vidmakthålla funktion och förmåga att klara varje dags aktivitet och främja full delaktighet.

Hjälpmiddel indelas i två kategorier; dels hjälpmedel för den dagliga livsföringen, dels hjälpmedel för vård och behandling. Med hjälpmedel för den dagliga livsföringen avses främst de hjälpmedel som fordras för att den enskilde själv eller med hjälp av någon annan ska kunna tillgodose grundläggande personliga behov, förflytta sig, kommunicera med omvärlden, fungera i hemmet och i närmiljön, orientera sig, sköta vardagslivets rutiner i hemmet, gå i skolan och delta i normala fritids- och rekreationsaktiviteter.

Till hjälpmedel för vård och behandling räknas dels vissa medicintekniska produkter, dels hjälpmedel som kompenserar för förlust av en kroppsdel eller en kroppsfunktion eller som kan behövas efter en medicinsk behandlingsinsats. Förskrivare av hjälpmedel är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som mot bakgrund av genomförd behovsbedömning, till en namngiven person, väljer lämplig specifik produkt.

Medicintekniska produkter och hjälpmedel som inte förskrivas till en namngiven person är att betrakta som grundutrustning alternativt hjälpmedel som individen köper själv.

Det finns en länsgemensam överenskommelse för hjälpmedel och läkemedelsnära produkter som reglerar kostnadsansvaret mellan kommunerna och Region Stockholm i Stockholms län. Överenskommelsen gäller all hälso- och sjukvård där kommunerna är hälso- och sjukvårdshuvudman.

Vårdgivaren ska upprätta rutin för hantering, beställning och förvaring av medicintekniska produkter och hjälpmedel samt ansvarsfördelning. Rutinen ska anpassas efter hur avtalet mellan huvudmannen och vårdgivaren är formulerat och utformat.

Rutinen ska minst innehålla

- Vilka produktgrupper som ska kunna förskrivas som hjälpmedel.

- Vilka produktgrupper som är att betrakta som grundutrustning.
- Beskrivning av ansvarsfördelning i förskrivningsprocessen; bedöma behovet, prova ut, anpassa och välja lämplig specifik produkt, specialanpassad vid behov, informera, instruera och träna samt följa upp och utvärdera funktion och nytta.
- Hur dokumentation på individnivå respektive verksamhetsnivå för grundutrustning sker.
- Hur kontakter för service, besiktning och reparation dokumenteras och finns tillgänglig för personalen.
- Beskrivning av vilka säkerhetskontroller som ska utföras i samband med att respektive produkt ska användas.

9.20. Mun- och tandvård

Enligt tandvårdslagen ska regionen särskilt svara för att uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård bedrivs till de grupper som är berättigade till detta.

Alla som har rätt till uppsökande verksamhet har också rätt till nödvändig tandvård. Det är:

- personer med ett varaktigt behov av omfattande vård och omsorgsinsatser

Sjuksköterska vid särskilt boende identifierar de personer som omfattas av uppsökande verksamhet och utfärdar sedan ett tandvårdsstödsintyg. Samtidigt erbjuds personen en årlig avgiftsfri munhälsobedömning. Om den berättigade tackar nej kommer ett nytt erbjudande året därpå. Vid munhälsobedömningen kommer en tandläkare eller tandhygienist hem till den berättigade. Vid det här tillfället ska personal vara med.

Region Stockholm har avtal med olika utförare av munhälsobedömningar. Det är endast den utförare som har avtal inom respektive kommuns geografiska område som ska anlitas.

Tandläkaren/tandhygienisten bedömer munhåla, tänder och tandersättningar samt det dagliga behovet av munvård. Samtidigt ges instruktioner om daglig munvård som ska följas. Om munhälsobedömningen visar att nödvändig tandvård behövs bokas tid hos valfri tandläkare eller tandhygienist. Om den berättigade inte har en egen tandläkare eller tandhygienist, kan den som utför munhälsobedömningen även utföra nödvändig tandvård.

Vårdgivaren ska upprätta en rutin för att säkerställa en god och säker mun- och tandvård.

Rutinen ska minst innehålla

- Beskrivning av hur daglig skötsel och inspektion av munhålan ska ske för de patienter som behöver hjälp med sin mun- och tandvård.
- Hur dokumentation och vårdplaner ska skrivas och följas upp gällande mun- och tandvård.
- Vem som kan utfärda tandvårdsstödsintyg.

Hur behörighet i Symfoni för utfärdande av tandvårdsstödsintyg erhålls.

9.21. Nutrition

Alla individer har olika närings- och energibehov. Friska normalviktiga individer bör följa svenska näringsrekommendationer. Dessutom bör man äta varierat för att få i sig alla de näringsämnen som kroppen behöver för att inte utveckla bristsymptom. För att kunna hålla vikten stabil behövs en balans mellan energiåtgång och intag av energi via kosten, dvs. det ska råda en jämvikt i hur mycket individen äter och hur mycket individen gör av med. Vid ökad ålder minskar energibehovet, medan näringsbehovet är det samma som tidigare. Detta betyder att näringsbehovet i förhållande till energibehovet är högre, vilket gör att kosten måste ha en högre näringsstäthet med ökad ålder. Behovet av både energi och näring ska tillgodoses, vilket ställer krav både på livsmedelsval och på tillagningsmetoden. Det finns även många andra viktiga faktorer som till exempel måltidsmiljö, sittställning, individens önskemål, individens motivation, matens uppläggning och presentation som spelar in, för att individen ska få i sig näringsriktig kost i tillräcklig mängd.

Vårdgivaren ska upprätta en rutin för att säkerställa att felnäring förebyggs och behandlas. Rutinen ska i förekommande fall stämmas av, och synkroniseras med rutiner som gäller för den personal som tillagar och/eller serverar maten.

Rutinen ska minst innehålla

- Hur samverkan med andra berörda aktörer ska ske, för en optimal nutrition, till exempel omvårdnadspersonal, dietist, kock, läkare.
- Hur vårdgivaren definierar felnäring.
- Hur vårdgivaren arbetar med att identifiera risker för felnäring, eller kunna konstatera felnäring.
- Hur vårdgivaren arbetar med att åtgärda risker för felnäring eller fastställd felnäring.
- Hur vårdplaner och dokumentation kring felnäring ska utformas.

9.22. Rehabilitering/habilitering

Rehabilitering och habilitering syftar till att förbättra livskvaliteten och funktionsförmågan för den enskilde och att hjälpa henne eller honom att bli självständig. Målet med rehabilitering och habilitering är att förbättra livskvaliteten för patienten och syftar till att förbättra den enskildes funktionsförmåga. Rehabilitering och habilitering syftar också till att undanröja fysiska och psykologiska hinder för den enskilde att kunna vara självständig och aktiv. Några grundläggande förutsättningar för en lyckad rehabiliterings- eller habiliteringsprocess är; flexibel planering och mångfald i insatserna, kontinuitet i personal, metod, struktur och information och att insatser ges samtidigt och integrerat med gränsöverskridande samverkan. Rehabilitering och habilitering kan vara insatser av medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social, arbetslivsriktad och teknisk art. De kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.

Rehabilitering har enligt Socialstyrelsens termbank betydelsen: insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller behåller bästa möjliga funktionsförmåga och skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

Habilitering har enligt Socialstyrelsens termbank betydelsen: insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och behåller bästa möjliga funktionsförmåga och skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

Vårdgivaren ska upprätta en rutin för att säkerställa en god och säker rehabilitering alternativt habilitering.

Rutinen ska minst innehålla

- Hur samverkan ska ske med andra berörda aktörer som t.ex. Regionens habilitering.
- Hur ansvarsfördelning mellan arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnaster ut.
- Hur vårdgivaren säkerställer att samtliga patienter får en arbetsterapeutisk respektive fysioterapeutisk bedömning och adekvata åtgärder när behov föreligger av arbetsterapi eller fysioterapi.

- Vårdgivarens definitioner av vad som är att betrakta som vardagsrehabilitering/vardagshabilitering respektive rehabilitering/habilitering ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv.
- Hur träningsprogram, ordinationer et cetera. ska komma patienten tillgodo.
- Vilka arbetsuppgifter som arbetsterapeut respektive fysioterapeut kan/bör delegera.

9.23. Riskbedömningar och registrering i kvalitetsregister

Vårdgivaren ska registrera i de kvalitetsregister som åligger vårdgivaren enligt avtal med huvudmannen.

Registrering i nationella kvalitetsregister underlättar jämförelser, både inom den egna verksamheten, med andra verksamheter samt nationellt. De kvalitetsregister som oftast kan vara aktuella är kvalitetsregister över beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD), svenska demensregistret (Svedem), Palliativregistret, Senior alert som är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion.

Oavsett om registrering i kvalitetsregister sker eller ej, så ska vårdgivaren göra riskbedömningar inom de områden som är nödvändiga med tanke på vilken eller vilka målgrupper verksamheten vänder sig till. Det kan till exempel handla om riskbedömningar för undernäring, trycksår, fall, infektioner/smitta, munhälsa, urin- och tarmfunktioner, beteendemässig problematik, palliativ vård, förbättra och utveckla vården av demenssjuka.

Vårdgivaren ska upprätta en rutin för riskbedömningar och registrering i kvalitetsregister.

Rutinen ska minst innehålla

- Vilka kvalitetsregister som vårdgivaren ska registrera i, samt hur och när denna registrering i så fall ska ske och vem som ansvarar för vad.
- Vilka riskbedömningar vårdgivaren arbetar aktivt med dels ur ett grupperspektiv och dels ur ett individperspektiv.
- Hur riskbedömningarna dokumenteras.
- Åtgärder som ska vidtas när en risk har identifierats.
- Hur uppföljning och utvärdering ska ske.

9.24. Rutiner utifrån regionala överenskommelser

I Stockholms län finns ett antal regionala överenskommelser som kommunerna, via kommunförbundet Storsthlm har tecknat med Region Stockholm.

De åtaganden som huvudmannen har gjort i dessa överenskommelser, ska följas av vårdgivaren på det sätt som framgår i avtalet mellan huvudmannen och vårdgivaren.

Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer att dessa överenskommelser är kända, och följs i vårdgivarens verksamhet.

Rutinen ska minst innehålla

- Förteckning över vilka överenskommelser som vårdgivarens verksamhet berörs av²².
- Hänvisning till vart överenskommelserna finns att läsa.
- Hur vårdgivaren säkerställer att berörd personal känner till, och följer innehållet i de överenskommelser som berör verksamheten.

9.25. Samtycke

till exempel en åtgärd kan vidtas eller en informationsöverföring kan ske mellan olika vårdgivare.

För den individ som har beslutskapacitet är det självklart att det är individen själv som lämnar samtycke. I de fall som individen saknar eller har nedsatt beslutskapacitet behöver frågan om samtycke hanteras i särskild ordning

Det är inte tillåtet att anhöriga, legala företrädare som till exempel god man lämnar samtycke åt en myndig person. För omyndiga personer kan förälder/vårdnadshavare lämna samtycke förutsatt att den myndige inte själv har uppnått sådan mognadsgrad att hen kan lämna samtycke själv.

Samtycke, är en frivillig och tydlig viljeyttring genom vilken patienten - efter att ha fått information - godtar behandlingen av personuppgifter om sig själv eller godtar olika åtgärder och kontakter. Samtycket behöver inte vara skriftligt men det kan många gånger vara lämpligt.

Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer att samtycke inhämtas på rätt sätt, utifrån situation och individens förutsättningar²³.

²² Se Storsthlm;s hemsida www.storsthlm.se

²³ Patientdatalagen (2014:821) kap 4

Rutinen ska minst innehålla

- Hur samtycke ska inhämtas och dokumenteras för individ med egen beslutskapacitet.
- Hur samtycke ska inhämtas och dokumenteras för individ utan egen beslutskapacitet.
- Hur samtycke ska inhämtas och dokumenteras för minderårig individ.
- För vad/vilka situationer samtycke måste inhämtas.
- Hur samtycket ska dokumenteras.
- För vem eller vilka samtycket gäller, till exempel en enskild yrkesutövare, eller en arbetsgrupp.
- Hur länge ett samtycke är giltigt.
- Hur individen får möjlighet att begära ut den information som finns registrerad.
- Hur individen får möjlighet att begära att den information som finns registrerad raderas.
- Hur individen får möjlighet att återkalla sitt samtycke.

9.26. Vårdplanering och samverkan på individnivå med andra aktörer

Vårdgivaren ska samverka med regionen så att den enskilde får den vård och behandling som hans eller hennes tillstånd fordrar. Den aktuella vårdplanen ska innehålla de diagnoser (problem, risker) och mål som identifierats för och tillsammans med patienten, åtföljt av åtgärder och ordinationer. Syftet med vårdplanen är att alla personer som är involverade i patientens vård ska ha samma mål och gemensamt genomföra de åtgärder som beslutats.

En vårdplan ska upprättas snarast möjligt efter att en patient har kommit till vårdgivarens verksamhet. Vårdplanen är tvärprofessionell och prospektiv, vilket innebär att alla journalföringspliktiga yrkesgrupper tillför och ansvarar för sin del i den gemensamma vårdplanen som pekar framåt i tiden. Vad ska genomföras för patienten från och med nu och framåt. En samordnad individuell plan (SIP) ska göras när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården och när samordning av insatser kring en enskild individ behövs.

Rutin för SIP vid utskrivning från slutenvården återfinns i gemensam överenskommelse mellan kommunerna och Region Stockholm²⁴. En SIP behöver inte föregås av en slutenvårdsepisod utan kan med fördel användas som ett proaktivt verktyg.

Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer att vårdplaneringar sker på ett adekvat och effektivt sätt för respektive patient.

Rutinen ska minst omfatta

- Rutiner kring SIP, när ska SIP göras, vilka ska delta, vem kallar.
- Hantering av samtycke.
- Tillvägagångssätt.
- Innehåll.
- Eventuell teknisk utrustning, till exempel videolänk.
- Dokumentation.
- Samverkan med myndigheter och god man med flera.
- ansvarsfördelning läkare/sjuksköterska.
- delaktighet för patient och anhöriga.

9.27. Skydds- och begränsningsåtgärder

HSL²⁵, SoL²⁶ bygger på frivillighet och innebär att man inte kan vidta åtgärder mot den enskildes vilja. Verksamheten ska utgå från respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Om patienten inte lämnar samtycke för en skyddsåtgärd är det en begränsningsåtgärd- eller tvångsåtgärd och dessa åtgärder är olagliga och får inte förekomma i verksamheten med undantag för nödrätten.

Vårdgivaren skall ha en rutin för hantering av eventuella skyddsåtgärder. En åtgärd är en skyddsåtgärd under följande förutsättningar; brukaren samtycker till åtgärden, syftet med åtgärden är att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera brukaren. Exempel på skyddsåtgärder är låsta utrymmen i brukarens bostad eller allmänna utrymmen. Det ska av rutinen framgå hur legitimerad HSL-personal, omsorgspersonal och patienten arbetar för att förebygga och minimera behovet av skyddsåtgärder.

²⁴ Gemensam riktlinje för samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, antagen 2018 av kommunerna i Stockholms län och Region Stockholm, vård i samverkan (VIS)

²⁵ Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

²⁶ Socialtjänstlagen (SoL)

Rutinen ska minst omfatta

- Hur vårdgivaren arbetar med att aktivt förebygga och minimera användning av skydds- och begränsningsåtgärder.
- Hur riskbedömningar görs och värderas.
- Hur samtycke hanteras och tolkas.
- Hur beslutsprocessen kring eventuella skyddsåtgärder ser ut.
- Hur eventuella skyddsåtgärder dokumenteras.
- Hur egenkontroll, uppföljning och utvärdering av vidtagna skyddsåtgärder utförs.
- Beskrivning hur vårdgivaren arbetar med följande utmaningar
 - samverkan mellan sjukvård och socialtjänst
 - personalens kunskap och kompetens
 - information till, och samverkan med anhöriga och närstående.
- Hur arbetet med en lokal handlingsplan utformas så att det går att följa hur olika yrkesrollers ansvar fördelas och hur olika samverkande vårdgivares ansvar samordnas och prioriteras.

9.28. Trycksår

Vårdgivaren ska följa tillgängliga och evidensbaserade kunskapsstöd som är aktuella, till exempel Kunskapsguiden som är en nationell webbplats med samlad kvalitetssäkrad kunskap från flera myndigheter och andra aktörer inom vård och omsorg. Vårdgivarguidens Vårdhandbok med praktiska råd och stöd i kliniska vård och omsorgsarbetet oavsett huvudman samt Senior alert som är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention för äldre personer som bland annat riskerar att få trycksår.

Vårdgivaren ska upprätta en rutin för att säkerställa att optimalt förebyggande av trycksår samt optimal behandling av uppkomna trycksår.

Rutinen ska minst omfatta

- Hur vårdgivaren arbetar med eventuella kvalitetsregister, samt hur resultat från dessa kopplas till det arbete som bedrivs på enheten.
- Hur vårdgivaren arbetar med följande
 - riskbedömning av trycksår

- vårdplan, dokumentation och informationsöverföring till berörda parter
- uppföljning och utvärdering.
- Hur ansvarsfördelning och samverkan mellan sjukvård och socialtjänst ser ut.
- Hur samverkan med dietist vid basal/specifik nutritionsbedömning ser ut.
- Hur personalens kunskap och kompetens säkerställs.

9.29. Vård i livets slutskede/Palliativ vård

God palliativ vård bygger på fyra hörnstenar:

1. Den första handlar om lindring av svåra symtom som smärta, illamående och oro.
2. Den andra hörnstenen markerar betydelsen av teamarbete mellan olika professioner, allt efter patientens behov.
3. Hörnsten tre betonar kontinuitet i vården och bra kommunikation mellan sjuka, närstående och vårdpersonal oavsett huvudman.
4. Den fjärde hörnstenen understryker att närstående får tillräckligt stöd eftersom vård i livets slutskede ofta bygger på stora insatser från närstående.

Vården ska därför ges i samverkan med dem och deras önskemål så mycket som möjligt. De närstående måste känna att de får information och att deras närvaro och medverkan är betydelsefull.

Vårdgivaren ska följa Nationella riktlinjer samt följa de validerade kunskapsstöd som finns tillgängliga och är aktuella. Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer en god och säker vård i livets slutskede samt ett värdigt omhändertagande efter inträffat dödsfall.

Rutinen ska minst omfatta

- Hur vårdgivaren arbetar med kvalitetsregistret Svenska Palliativregistret, samt hur resultat från detta kopplas till det arbete som bedrivs på enheten.
- Hur vårdgivaren arbetar med följande
 - vårdplan/dokumentation och informationsöverföring
 - lindring av svåra symtom som till exempel smärta, illamående och oro
 - teamarbete, ansvarsfördelning och samverkan mellan sjukvård och socialtjänst

- kontakt och stöd till närstående
- personalens kunskap och kompetens gällande palliativ vård
- transport och förvaring av avliden.

9.30. Svar på eventuella frågor kan sökas i följande källor

Avtal med huvudman

Överenskommelser med Region Stockholm

Socialstyrelsens informationswebbplatser

Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Lagar föreskrifter och förordningar

Vårdhandboken

Kunskapsguiden

